

Informacion y Consentimiento de HIPAA

La Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA) brinda salvaguardas a su privacidad. Un aviso de prácticas de privacidad debe estar disponible para usted en la oficina. El aviso proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. El aviso también contiene información sobre sus derechos bajo la ley.

Hay información adicional disponible del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

- Al firmar a continuación, comprende y acepta los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad que incluyen.
- Proteger la información de salud puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Se requiere autorización para ciertas divulgaciones de su información de salud protegida.
- Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.
- Tiene derecho a restringir la divulgación de su Información de salud protegida en determinadas circunstancias.
- Tiene derecho a ser notificado de una violación de la Información de salud protegida no segura.

Al firmar a continuación, comprende y acepta que:

- La práctica tiene un Aviso de práctica de privacidad que tiene la oportunidad de revisar La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.
- Puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras se producirán.
- La práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este consentimiento.



Información básica del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Ss: _____

Informacion de Contacto del Paciente

Direccion: _____

Correo Electornico: _____

Numero de telefono: _____

Datos demográficos del paciente

Estado de Empleo: _____

Estado civil: _____

Lenguage: _____

Etnicidad: _____

Raza: _____



Información básica de la parte responsable principal

Nombre de la persona: _____

Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Género: _____

SSN: _____

Información de contacto de la pieza principal responsable

Dirección: _____

Email: _____

Teléfono móvil: _____

Responsabilidad de la parte responsable principal de aseguransa.

NUEVO GPDO Pedo Check-in

Paciente: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento: _____

Años: _____



Información Adicional

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Teléfono móvil: _____

Tu nombre: _____

Relación: _____

Información médica

¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico? _____

Nombre del medico: _____

Teléfono: Dirección: _____

¿Tiene su hijo buena salud? _____

¿Ha habido algún cambio en la salud general de su hijo durante el año pasado? ¿Ha tenido su hijo una enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

¿Su hijo está tomando o ha tomado algún medicamento recetado o de venta libre?



Alergias

Su hijo es alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes? a todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.

anestésicos locales: _____

aspirina: _____

penicilina u otros antibióticos: _____

sulfamidas: _____

codeína / otros narcóticos: _____

rieles/metal: _____

goma de látex: _____

lodine: _____

animales: _____

comida: _____



Informacion dental

¿Alguna visita médica o dental infeliz previa? _____

¿Se ha quejado su hijo sobre la sensibilidad o algún problema dental?

Usa su hijo hilo dental? _____

¿Ayuda a su hijo a cepillarse? _____

¿Alguna vez su hijo recibió tratamiento de ortodoncia (frenillos)? _____

¿Ha tenido su hijo algún problema asociado con el tratamiento dental previo?

¿Cómo recibe su hijo fluoruro?

¿Alguna herida en la boca, dientes o cabeza? Con qué frecuencia:

¿Su hijo está experimentando actualmente dolor o molestias dentadas?

¿Su niño aprieta los dientes? _____

¿Tiene su hijo herpes labial o úlceras en la boca?



Condiciones médicas

Autismo: _____

Parálisis cerebral: _____

Asma: _____

ADD / ADHD: _____

Síndrome de Down: _____

Soplo cardíaco: _____

Problemas cardíacos: _____

¿Tiene el paciente alguna otra inquietud médica?: _____

Physican anterior y reconocimiento

¿Le ha recomendado un médico o dentista anterior que su hijo tome antibióticos antes del tratamiento dental?

¿Tiene su hijo alguna enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente que cree que debería saber?

NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de un historial de salud verdadero y que mi dentista y su personal confiarán en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las consultas expuestas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No haré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, de ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que pueda haber realizado al completar este formulario.



Consentimiento

Todos los niños menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal para sus citas. Esto incluye nuevas citas de pacientes (consultas), citas de limpieza de recuerdo de seis meses, citas de restauración y todas las citas de ortodoncia. Es ley estatal que un padre o tutor legal esté presente. Si su hijo es traído por otra persona, se le pedirá que lo re programe. Además, debido a las regulaciones de HIPPA (leyes de confidencialidad), no podemos hablar sobre el tratamiento con nadie más que un padre o tutor legal. Una vez que el paciente cumple 18 años de edad, ya no estamos obligados a discutir el tratamiento o la información de la cuenta con nadie más que el paciente.

Doy mi consentimiento para la divulgación de registros de pacientes y / o información de tratamiento a las siguientes personas que están involucradas en la atención de los pacientes o los pagos de esa atención.

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Mi consentimiento para la divulgación de registros será efectivo hasta que lo revoque por escrito.

Autorización y divulgación de información

Acepto que se le facture a mi compañía de seguro dental por los servicios prestados y el pago se realizará directamente a Goldsboro Pediatric Dentistry and Orthodontics. También asumo la responsabilidad de cualquier parte de la divulgación de cualquier información solicitada o requerida por mi compañía de seguros con respecto a cualquier reclamo de seguro.

He leído y entendido lo de arriba



GPDO: consentimiento de los medios

Doy mi consentimiento para que Goldsboro Pediatric Dentistry and Orthodontics pueda usar fotografías o videos míos, tomados en la fecha indicada a continuación, en sus herramientas de redes sociales que incluyen, entre otras, su página de Facebook. Entiendo que estas imágenes y / o videos no se utilizarán para ningún otro fin comercial. Las fotografías también se pueden imprimir y colocar para exhibir en nuestra oficina.

Nombre: _____

Fecha: _____

Si persona (s) en fotos

Firmas responsable del paciente y relación hacia el paciente:

