

Texas Kids Dental Care

9411 Alameda Ste P
 El Paso, Texas 79907
 (915)858-6868

Texas Kids Dental Care of Horizon

14240 Horizon Blvd Ste A
 Horizon City, TX 79928
 (915)852-5060

Texas Kids Dental Care of Fabens

1018 N Fabens Rd.
 Fabens, Texas 79838
 (915) 764-0096

Texas Kids Dental Care of Montana

3650 Joe Battle
 El Paso, Texas 79938
 (915) 855-0948

**Información del Paciente:**

Por favor tómese unos minutos para entrar o actualizar su información para ayudar asegurar la calidad de su atención es excelente.

Nombre del Paciente: _____ Sexo : M ___ H ___

Nacionalidad: _____ Idioma(s) hablado: Inglés Español

Fecha De Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información De la Persona Responsable:

Nombre: _____ Sexo: M ___ H ___

Estado Familiar: Casado(a) Soltera Divorciado(a) Otro

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Numero de Teléfono: _____ Numero de Celular: _____

Empleador: _____

Numero de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Numero de Teléfono: _____

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra practica(marque todos los que corresponda)

- Oficina Dental
- Folletos
- Cielo Vista Mall
- Pagina Amarillas
- Vista Market
- Empleado
- Internet
- Letrero afuera
- Plan de aseguransa

Familiar/Amigo: _____

Otror: _____

Texas Kids Dental Care
9411 Alameda Ste P
El Paso, Texas 79907
(915)858-6868

Texas Kids Dental Care of Horizon
14240 Horizon Blvd Ste A
Horizon City, TX 79928
(915)852-5060

Texas Kids Dental Care of Fabens
1018 N Fabens Rd.
Fabens, Texas 79838
(915)764-0096

Texas Kids Dental Care of Montana
3650 Joe Battle
El Paso, Texas 79938
(915)855-0948



Forma de Consentimiento Para Tratamiento Dental Pediátrico

Como profesionales de la salud, es necesario obtener su consentimiento para administrar tratamiento dental/oral a su Hijo(a). Por favor lea esta forma cuidadosamente y pregunte sobre cosas que no estén muy claros o que usted no entienda. **Esa forma es para informarle las clases de servicios que da esta oficina que pueden cambiar según las necesidades de cada niño.**

1. Yo _____ Autorizo al Dr. Erickson y/o sus asociados y asistentes que atiendan a mi hijo(a) para los siguientes procedimientos de cirugía dental o oral: incluyendo el uso de anestesia oral, anestesia intramuscular, sedantes orales o radiografías que pueden ser necesarias para proveer tratamiento dental.

2 En tratamientos generales los procedimientos incluyen :

Por favor marque sus iniciales:

- A. ___ Limpieza dental, aplicación de fluoruro, y radiografías tal y sean necesarias
- B. ___ Aplicación de casquillos para fracturas dentales.
- C. ___ Restitución de dientes quebrados o rellenos
- D. ___ Tratamiento de dientes o encías infectadas .
- E. ___ Extracción de uno o mas dientes
- F. ___ Uso de "control de voz" para obtener la atención de el niño(a) con comportamiento negativo
- G. ___ El uso de restricciones físicas para llevar a cabo segura y apropiadamente los procedimientos dentales
- H. ___ El uso de anestesia local.
- I. ___ El uso de sedantes para controlar el nerviosísimo o comportamiento negativo
- J. ___ El uso de oxido nitroso para reducir la ansiedad
- K. ___ El uso de sedantes orales e intramusculares para ayudar a controlar el comportamiento a menudo. El uso de estos medicamentos puede conducir a sedado profundo a la anestesia general y los riesgos con este tipo de anestesia.
- L. ___ Sedado intorvenos o anesthesia general. Los riesgos de la anestesia general incluyen, pero no son limitados a : nausea, vomito, aspiración, hinchazón, sangrado, infección, marease, reacción alérgica, para cardiaca, y la muerte. Algunas de estas complicaciones pueden requerir hospitalicion. Complicaciones graves son muy raras.

El tratamiento de mi hijo(a), métodos alternativas, al igual que las ventajas y las desventajas de cada una se me sido explicadas. Se me ha aconsejado que aunque los mejores resultados son los esperados no hay ninguna manera dentro de la razón de anticipar complicaciones. Por lo tanto no es posible garantizar los resultados o cura del tratamiento.

Aunque la posibilidad que ocurra es remota, se ha sabido de algunos riesgos asociados con la perdida de la función de órganos internos y brazos al igual que cicatrices desinfección guarntes, yo entiendo y acepto que ciertas complicaciones pueden ser fatales y que pueden requerir internación medica.

Firma de padres o Tutor Legal

Fecha

Testigo

TEXAS KIDS DENTAL CARE

Consentimiento para usar y revelar información medica

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

Para los padres o tutores- favor de leer cuidadosamente la siguiente declaración

Propósito del consentimiento: Al afirmar este documento, nos está dando consentimiento para usar o revelar esta información para proceder tratamiento dental o actividades de pago.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso colectivo de las prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso provee una descripción nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones del cuidado médico, del uso de revelaciones que protegida de su salud. Una copia de nuestro aviso acompañar a este consentimiento. Le invitamos a que lo lea cuidadosa y completamente este consentimiento antes de firmarlo. Usted tiene el derecho a tener una copia de esta forma si lo desea. Solamente pregunte.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad como esta descrita nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestra práctica de privacidad, nosotros emitiremos una revisión del aviso colectivo de las prácticas de privacidad, el cual contendrá los cambios. Estos cambios pueden aplicar a cualquier información protegida de su salud que nosotros tengamos. Usted puede obtener en cualquier momento, una copia de nuestro Aviso Colectivo de las prácticas de privacidad incluyendo revisión de nuestro Aviso, Comiscarse con”

HIPPA PRIVACY OFFICER

Texas Kids Dental Care

9411 Alameda Ste P

El Paso, Texas 79907

(915)858-6868

Fax(915) 858-6878

Texas Kids Dental Care of Horizon

14240 Horizon Blvd Ste A

Horizon City, TX 79928

(915)852-5060

(915)852-3300

Texas Kids Dental Care of Fabens

1018 N Fabens Rd.

Fabens, Texas 79838

(915)764-0096

Fax (915) 764-0012

Texas Kids Dental Care of Montana

3650 Joe Battle

El Paso, Texas 79938

(915)855-0948

(915)921-7190

Derecho a revocación: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dado nos una notificación por escrito de su revocación enviada a la persona contacto mencionada anteriormente. Por favor entienda que esta revocación de su consentimiento no afectará ninguna acción que nosotros hayamos tomado en dependencia a su consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que nosotros podríamos rehusar hacerle el tratamiento o continuar su tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo, _____ he tenido la plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento y del aviso colectivo de las prácticas de privacidad de Texas Kids Dental Care. Entiendo que al firmar esta forma de consentimiento estoy dando mi consentimiento a Texas Kids Dental Care para usar y revelar información protegida de mis hijos sobre su salud en el suministro de tratamiento, actividades de pago, operaciones del cuidado médico y otros usos descritos en el aviso colectivo de las prácticas de privacidad de Texas Kids Dental Care que me proporcionen.

Firma: _____

Fecha: _____

Texas Kids Dental Care
9411 Alameda Ste P
El Paso, Texas 79907
(915)858-6868

Texas Kids Dental Care of Horizon
14240 Horizon Blvd Ste A
Horizon City, TX 79928
(915)852-5060

Texas Kids Dental Care of Fabens
1018 N Fabens Rd.
Fabens, Texas 79838
(915) 764-0096

Texas Kids Dental Care of Montana
3650 Joe Battle
El Paso, Texas 79938
(915) 855-0948



Historia Médica

Nombre del Paciente: _____
Persona Responsable: _____
Domicilio del Paciente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Trabajo: _____
Celular: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F M

Empleo del Paciente: _____
Empleo De Responsable: _____
Domicilio de Empleo: _____
Seguro Social: _____
Seguro Dental: _____
del miembro: _____
del grupo: _____

Por favor de contestar las siguientes preguntas sobre su hijo(a):

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está bajo el cuidado de un medico? _____ | Si | No |
| # De Teléfono: _____ Porque: _____ | | |
| 2. ¿Cuándo fue el último examen físico completo? _____ | Si | No |
| 3. ¿Está tomando algún medicamento o sustancia? _____ | Si | No |
| 4. ¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia? _____ | Si | No |
| 5. ¿Tiene algún problema con la penicilina, antibióticos, anestesia (Novocaína) o algún otro tipo de medicamento? _____ | Si | No |
| 6. ¿Tiene cualquier otra alergia? _____ | Si | No |
| 7. ¿Es susceptible a los metales o al látex? _____ | Si | No |
| 8. ¿Alguna vez asido tratado de una enfermedad cardiaca? _____ | Si | No |
| 9. ¿Tiene un marcapasos o una válvula artificial en el corazón? _____ | Si | No |
| 10. ¿Tiene un soplo en el corazón o asido diagnosticado? _____ | Si | No |
| 11. ¿Tiene la presión arterial alta/baja? _____ | Si | No |
| 12. ¿Ha tenido fiebre reumática? _____ | Si | No |
| 13. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad seria o cirugía mayor? _____ | Si | No |
| 14. ¿Ha tenido convulsiones? _____ | Si | No |
| 15. ¿Ha tenido alguna vez un tratamiento de radiación, quimioterapia, o cualquier otro tipo de tratamiento para el cáncer? _____ | Si | No |
| 16. ¿Ha tenido molestar, dolor, o ruido de su mandíbula? _____ | Si | No |
| 17. ¿Tiene algún trastorno de la sangre, como anemia, leucemia, hemofilia, etc.? _____ | Si | No |
| 18. ¿Tiene alguna articulación artificial o prótesis? _____ | Si | No |
| 19. ¿Ha tenido un sangrado excesivo de una cortada o herida? _____ | Si | No |
| 20. ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? _____ | Si | No |
| 21. ¿Tiene problemas de riñón, estomago o hígado? _____ | Si | No |
| 22. ¿Es diabético? _____ | Si | No |
| 23. ¿Tiene asma? _____ | Si | No |
| 24. ¿Es VIH positivo? _____ | Si | No |
| 25. ¿Tiene SIDA? _____ | Si | No |
| 26. ¿Ha tenido un resultado positivo para la Hepatitis? _____ | Si | No |
| 27. ¿Tiene, o ha tenido tuberculosis? _____ | Si | No |
| 28. ¿Usa el paciente cualquier forma de tabaco?(Fumar o masticar) _____ | Si | No |
| 29. ¿Consume bebidas alcohólicas? _____ | Si | No |
| 30. ¿Está embarazada o sospecha que puede estar? _____ | Si | No |
| 31. ¿Está usando anticonceptivos? _____ | Si | No |
| 32. ¿Hay alguna otra cosa que debemos saber acerca de su salud? _____ | Si | No |

Firma de paciente (padre o madre) _____ Fecha: _____ Revisado Por: _____

***** POR FAVOR DE NO ESCRIBIR DEBAJO DE LA LINEA. SOLO PARA USO OFICIAL *****

¿Cualquier cambio? _____

Firma de paciente (padre o madre) _____ Fecha: _____ Revisado Por: _____

¿Cualquier cambio? _____

Firma de paciente (padre o madre) _____ Fecha: _____ Revisado Por: _____

¿Cualquier cambio? _____

Firma de paciente (padre o madre) _____ Fecha: _____ Revisado Por: _____