Kids Smile Pediatric Dentistry
Mauricio Marcushamer, DDS
Tyrone Rodríguez, DDS

3006 Broadway Ste 103
San Antonio, TX 78209
210-225-8888

Nombre del niño_____ Fecha de nacimiento_____ Edad _____ Sexo: M F
Dirección_____Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Teléfono de casa _____ Celular de la madre _____ Celular del padre _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono del trabajo _____
Empleador _____ SS#_____-_____-_____ Licencia de Conducir#_____

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono del trabajo _____
Empleador _____ SS#_____-_____-_____ Licencia de conducir#_____

Estado civil de los padres (circule uno) Soltero Casado Divorciado Viudo
correo electrónico _____

Si tiene algún seguro dental, proporcione la siguiente información:
Nombre de la Compañía de Seguros _____ Nombre del Titular de la Póliza _____
A quién podemos agradecer por recomendarlo: _____

Debe tener una tarjeta de Medicaid vigente para un examen dental regular o de emergencia. También es necesario que hagamos una copia de su licencia de conducir y tarjeta de seguro; por favor preséntelo con este cuestionario y cada vez que su hijo sea visto por el dentista.
Por la presente, autorizo el pago directamente al dentista mencionado anteriormente por los beneficios del tratamiento dental. Entiendo que cualquier saldo restante será mi responsabilidad.
X_____ Fecha _____
Firma del Responsable

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

La ley estatal requiere que obtengamos su consentimiento para el tratamiento contemplado o la cirugía bucal. Lea atentamente este formulario y pregunte sobre cualquier cosa que no entienda. Estaremos encantados de explicártelo.

1. Por la presente, autorizó e instruyó al Dr. Mauricio Marcushamer/ Dr.Tyrone Rodriguez y/o auxiliares dentales de su elección, para que realice en mi hijo (o en tutela legal) tratamiento dental o procedimiento(s) de cirugía bucal, incluido el uso de cualquier anestesia local necesaria o aconsejable, radiografías (rayos x) o ayudas diagnósticas. Todos los registros médicos y radiografías son propiedad de esta oficina.
2. En términos generales, los procedimientos u operaciones dentales pueden incluir:
   A. Limpieza de los dientes y aplicación de flúor tópico
   B. Aplicación de "selladores" plásticos en los surcos de los dientes
   C. Tratamiento de dientes enfermos o lesionados con restauraciones dentales (empastes o coronas)
   D. Reemplazo de dientes perdidos con prótesis dental
   E. Extracción (extracción) de uno o más dientes
   F. Tratamiento de tejidos orales enfermos o lesionados (duros y/o blandos)
   G. Tratamiento de dientes en mala posición (torcidos) y/o desarrollo oral o anormalidades en el crecimiento
   H. Uso de restricción física o dispositivos de restricción para realizar de manera segura los procedimientos dentales necesarios
   I. Uso de medicamentos sedantes para controlar la aprehensión y/o el comportamiento (incluidos Demerol,Hydroxyzine y óxido nitroso/oxígeno)
   J. Uso de Anestesia General para lograr el tratamiento necesario
3. Por la presente autorizo al Dr. Mauricio Marcushamer/ Dr.Tyrone Rodriguez y al médico de mi hijo a divulgar cualquier información necesaria en el curso del tratamiento de mi hijo. Se me informa que aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones no se pueden anticipar con precisión y que, por lo tanto, no puede haber ninguna garantía expresa o implícita, ya sea como resultado del tratamiento o en cuanto a la curación. Además, autorizo al dentista a realizar otro(s) servicio(s) dental(es) que en su juicio son aconsejables para mi hijo o tutelado legal, con la excepción de (si ninguno lo indica):_____
4. Aunque su ocurrencia es extremadamente rara, se ha informado que algunos riesgos están asociados con procedimientos quirúrgicos dentales u orales. La ley estatal requiere que mencionemos el posible riesgo de entumecimiento, infección, hinchazón, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, daño cerebral, cuadriplejia, paraplejia, pérdida o pérdida de la función de cualquier órgano o extremidad, o cicatrices desfigurantes asociadas con tal procedimiento o procedimientos. Además entiendo y acepto que las complicaciones pueden requerir hospitalización e incluso pueden resultar en la muerte. Por la presente declaro que he leído y entiendo este consentimiento, y que todas las preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, y entiendo que tengo derecho a recibir respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el curso del tratamiento de mi hijo.
5. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que decida rescindirlo. Entiendo que los padres deben esperar en la sala de espera mientras el paciente recibe tratamiento y no deben salir de la oficina.
6. Las áreas abiertas están bajo cámaras de vigilancia.

X _____ Fecha _____ Revisor de oficina _____
Firma del padre o tutor

☐ Sí ☐ No ¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico?

☐ Sí ☐ No ¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez?
En caso afirmativo, para qué, cuándo _____

☐ Sí ☐ No ¿Ha recibido su hijo alguna vez anestesia general?
En caso afirmativo, ¿hubo alguna complicación? _____

☐ Sí ☐ No ¿Tiene algún familiar tuvo complicaciones durante la anestesia general?
Si es así, ¿qué? _____

☐ Sí ☐ No ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento?
Si es así, ¿qué? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está su hijo tomando algún medicamento en este momento?
Si es así, ¿qué? _____

Nombre del Pediatra _____

Teléfono # _____
Dirección _____

Fecha de la última visita _____
Propósito de la última visita _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Reflujo ácido	☐	☐	Fibrosis quística	☐	☐	Discapacidad mental
☐	☐	ADD/ ADHD	☐	☐	Retraso en el desarrollo	☐	☐	Problemas ortopédicos
☐	☐	Anemia/Sickle Cell	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Otitis (infección del oído)
☐	☐	Asma	☐	☐	Trastorno emocional	☐	☐	Neumonía
☐	☐	Autismo	☐	☐	Pérdida de la audición	☐	☐	Embarazo
☐	☐	Enfermedad autoinmune	☐	☐	Problemas del corazón	☐	☐	Fiebre reumática
☐	☐	Daño cerebral	☐	☐	Hepatitis	☐	☐	Alergias estacionales
☐	☐	Problemas de sangrado	☐	☐	VIH (SIDA)	☐	☐	Espina bífida
☐	☐	Cáncer	☐	☐	Hiperactividad	☐	☐	Síndrome _____
☐	☐	Parálisis cerebral	☐	☐	Problemas cardiacos	☐	☐	Otro _____
☐	☐	Convulsiones/ataques/epilepsia	☐	☐	Leucemia	☐	☐	Vacunas al Día

DENTAL HISTORIA

Sí	No		Si	No	
☐	☐	¿Su hijo se cepilla regularmente?	☐	☐	¿Su hijo ha sido visto por un dentista antes?
☐	☐	¿Está fluorada su agua potable?	☐	☐	¿Ha tenido su hijo algún accidente que involucre sus dientes?
		¿Su hijo usa:			
☐	☐	¿Vitaminas de flúor?	☐	☐	¿Su hijo tiene una afección dental que parece ir en la familia? (hereditario) En caso afirmativo, indique:_____
☐	☐	¿Enjuague/gel de flúor?	☐	☐	¿Hay algo que le gustaría discutir personalmente con el dentista que examina a su hijo? _____
☐	☐	¿Pasta dental con flúor?			

¿Cómo espera que su hijo reaccione al tratamiento dental?

☐ muy bien ☐ Moderadamente Bien ☐ no muy bien, porque: _____

Si su hijo tiene mascotas, pasatiempos o intereses especiales, enumere:_____

X_____ Fecha_____
Firma del padre o tutor

SOLO USO DE OFICINA ALERTA
DE HISTORIA MÉDICA

Revisor de oficina _____

Formulario de consentimiento del cuidador alternativo

Excepto en el caso de emergencias que pongan en peligro su vida, no podemos tratar a su hijo menor a menos que esté acompañado a nuestra oficina por un padre, tutor legal o un adulto designado. Para designar a un adulto para que traiga a su hijo a nuestro consultorio para recibir atención dental en su ausencia, debe tener el siguiente formulario completo, firmado y archivado para cada adulto designado para cada uno de sus hijos. Es posible que sea necesario reprogramar la cita para los niños menores de edad que se presenten a una cita sin un padre, un tutor legal y un adulto nombrados en un formulario designado firmado o en una nota firmada por uno de los padres.

Autorizo a las siguientes personas a llevar a mis hijos a sus citas dentales:

Nombre: _____ Relación con mi hijo:_____

Nombre: _____ Relación con mi hijo:_____

Nombre: _____ Relación con mi hijo:_____

Doy fe de que las personas mencionadas anteriormente tienen 18 años de edad o más a partir de esta fecha. Autorizo a las personas mencionadas anteriormente a dar su consentimiento y tomar decisiones para el tratamiento de mis hijos. Esto puede incluir, entre otros, el consentimiento para los medicamentos, procedimientos y hospitalizaciones necesarios. La práctica puede transmitir cualquier información médica sobre mi hijo necesaria para que las personas mencionadas anteriormente brinden su consentimiento informado para el tratamiento.

Entiendo que el dentista comunicará sus hallazgos y su plan de tratamiento al cuidador que trae al niño y que, en la mayoría de las circunstancias, no debería ser necesaria una llamada de seguimiento a mí personalmente.

Acepto eximir de responsabilidad a Kids Smile PC y su personal por cualquier desacuerdo entre las personas mencionadas anteriormente y yo con respecto a las decisiones de tratamiento.

Doy fe de que soy el padre o tutor legal de los siguientes niños enumerados a continuación y que tengo la autoridad legal para celebrar este acuerdo. Entiendo que puedo revocar esta autorización para cualquiera o todas estas personas en cualquier momento.

_____ Fecha :_____

Firma del padre/tutor legal

_____ Teléfono: _____

Nombre del padre/tutor legal con Letra de Molde

Nombre completo del niño: _____ fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del niño: _____ fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del niño: _____ fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del niño: _____ fecha de nacimiento: _____

A partir del 1/1/2022

Atención Todos los Seguros PRIVADOS
Y Pago en efectivo

Habrá una tarifa de **$50 por no presentarse a su cita perdida POR** paciente si no se cancela dentro de las 24 horas antes de la cita programada.

Todos los pacientes de Medicaid y Chip

Habrá un cargo por cita perdida / cancelada a su seguro por paciente si no se cancela dentro de las 24 horas de su cita programada.

Si se pierden o cancelan tres (3) citas consecutivas el mismo año, se enviará una carta de despido de nuestra oficina para todo el hogar el tercer día de la(s) cita(s) perdida(s)/cancelada(s)

_____ _____

Reconocimiento Padre o Tutor ***Fecha***

Gracias
Kidssmile

KIDS SMILE,PC
3006 Broadway San Antonio, TX 78209

HIPAA & Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (THE "NOTICE") DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

OUR LEGAL DUTY
As a recipient of health care services, you have certain rights. To learn more about these rights, we suggest you visit: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html. We are required by law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We will follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will make commercially reasonable efforts to change this Notice and make the new Notice available upon request. You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

OUR USE AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you only as necessary for treatment, payment, and our healthcare operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Health Care Operations: We may use and disclose your health information in connection with our health care operations. Health care operations including without limitation, quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of Health care professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing, or credentialing activities.

Your Authorization: In addition to our use of your health information for treatment, payment or health care operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us a written authorization, you may revoke it in writing at any time, although such revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us written authorization, we will not use or intentionally disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

To Your Family and Friends: We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend, or other person to the extent necessary to help with your health care or with payment for your health care, but only if you agree in writing that we may do so.

Persons Involved In Care: We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, concerning your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your health information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will (1) disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your health care and (2) use our professional judgment and experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing third parties to pick up prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you may be a victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

National Security: We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institutions or law enforcement officials having lawful custody of protected health information of inmates or patients under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders.

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to review or obtain copies of your health information, with limited exceptions. You may request copies in a format other than photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, health care operations and certain other activities, for the last 6years. We will provide such a list at no charge upon your request once in any 12 month period. We reserve the right to charge you for requests in excess of one per 12 month period.

Restrictions: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations. You must make your request in writing. Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information. (Any such request must be in writing, and it must explain why the information should be amended.) We may deny your request under certain circumstances.

Electronic Notice: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form upon your request.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

To learn more about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may contact us using the contact information listed below. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information and will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

Acknowledgement: I hereby acknowledge that I have read and fully understand the contents of this document, and I have been given the opportunity to ask any and all questions.

***By signing below, I acknowledge that I have read and understand this practices Notice of Privacy Practices**

Parent Signature: _____x **Date:** ____/____/_____