



CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Número de Medicaid: _____

INFORMACION DE LOS PADRES/REPRESENTANTE LEGAL

Nombre de la Madre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Padre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Dental Primario: _____

Número de Grupo ó Plan: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Nombre del Abonado (Persona que tiene el plan de Seguros): _____

Número de Seguro Social de la persona Asegurada: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Empresa: _____

Seguro Dental Secundario: _____

Número de Grupo ó Plan: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Nombre del Abonado (Persona que tiene el Plan de Seguros): _____

Número de Seguro Social de la persona Asegurada: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Empresa para la que trabaja: _____



En caso de que otra persona que no sea usted (padre/representante legal) acompañe a su hijo a las próximas citas dentales, ¿podría esta persona (si es mayor de 21 años de edad) dar consentimiento para los posibles cambios que se puedan presentar en el tratamiento? Por ejemplo: La hermana o la tía del paciente trae al niño a la cita y un diente al que se le había planeado un empaste de plata, necesita una corona. ¿Puede esta persona decidir este cambio por usted?

SI NO

Si la respuesta es NO, ¿Qué deberíamos hacer?

Programar la cita nuevamente. Uno de los padres vendrá a la próxima cita con el paciente.

Llamar al (_____) _____ para hablar del cambio con uno de los padres.

.Si no es posible comunicarse con nadie, programaremos la cita nuevamente.

¿Nos permite dejarle la información correspondiente a la cita en su contestador telefónico? SI NO

Política de la clínica de Odontología Pediátrica

La clínica de Odontología en Children's Hospital Colorado lleva a cabo programas de capacitación que incluyen enseñanza y entrenamiento para los residentes en odontología pediátrica como también para los estudiantes de estudios previos al doctorado en odontología.

Hemos establecido las siguientes reglas para ayudarnos a lograr nuestra misión y asegurar la calidad en la atención al paciente para todos los niños. Nuestra meta es otorgar atención de calidad para la salud oral, asequible y de manera eficiente para los niños, adolescentes e individuos con necesidades especiales.

Agradecemos sinceramente su ayuda con lo siguiente:

1. Por favor, traiga a cada consulta su tarjeta de seguro médico (p. Ej. La tarjeta de *Medicaid*) u otra información válida para la facturación. Sin dicha información marcaremos el estado de cuenta como de pago por cuenta propia.
2. Los pacientes de pago por cuenta propia deben pagar la cantidad completa en el momento del servicio. Si no es capaz de realizar tales pagos, se debe establecer a través del hospital un plan de pagos con el departamento de finanzas de odontología o asesoría financiera.
3. Para todas las citas, *exigimos llegar antes de la cita para registrarse* a fin de asegurar el trámite de todos los documentos como se detalla a continuación:
 - a. Seguimiento – 15 minutos
 - b. Quirúrgico – 15 minutos
 - c. Evaluaciones de nuevos pacientes – 30 minutos. Si completó los trámites para paciente nuevo antes de la cita, le pedimos llegar 15 minutos antes de la misma.
4. Si llega con demora de hasta 15 minutos a su cita programada, procuraremos atenderle si el horario nos lo permite. Si llega más de 15 minutos tarde, no podemos garantizarle que podremos ver a su hijo y puede ser necesario reprogramar.
5. Salvo las verdaderas emergencias (p. Ej. traumatismo, hinchazón, infección) atendemos a los pacientes en sus citas programadas.
6. Puesto que en nuestra clínica hay una larga lista de espera para atender a los niños, requerimos de un aviso de 24 horas si no se va a presentar a la cita.
7. Todas las llamadas para recordatorio de citas programadas se hacen dos días antes de la citas. Por favor, en cada consulta, asegúrese de que tengamos todos los números telefónicos actuales. Si usted no ha recibido una llamada, le agradeceremos se comuniqué con nosotros para confirmar Si no podemos confirmar la cita de su hijo, quizás no podamos conservar la hora de ésta.
8. Si se pierden tres citas sin el aviso correspondiente, le derivaremos a otra clínica. Advierta por favor que para las valoraciones de nuevos pacientes, dos citas que se pierdan, no se volverán a programar. Le agradecemos indicar su acuerdo con estas pautas firmando al calce.

Formulario del historial médico y odontológico

Por favor llene el siguiente formulario para que podamos atender mejor a su hijo

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo Fem. Masc.

¿Cuál es el motivo principal por el que han traído a su hijo hoy? _____

¿Está enfermo su hijo actualmente? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo algún tipo de alergia? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Actualmente, está su hijo tomando algún medicamento? Sí No Por favor anótelos a continuación, incluyendo los medicamentos de venta sin receta y las vitaminas.

| ¿Su hijo ha padecido alguna vez de lo siguiente? | Sí | No | Comentarios |
|--|----|----|-------------|
| Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD) | | | |
| Asma (leve/moderada/grave/provocada por el ejercicio) | | | |
| Autismo | | | |
| Trastornos sanguíneos (p. ejem., anemia, hemofilia, anemia drepanocítica) | | | |
| Cáncer | | | |
| Fibrosis quística o enfermedad respiratoria | | | |
| Enfermedades endocrinológicas (p. ejem., diabetes, tiroides, glandular) | | | |
| Trastorno o síndrome genético (especifique, por favor) | | | |
| Enfermedades cardíacas (p. ejem., soplo, cirugía, endocarditis previa, anomalía congénita) | | | |
| Sistema inmunitario alterado | | | |
| Enfermedad renal | | | |
| Enfermedad hepática (p. ejem., hepatitis) | | | |
| Problemas mentales o emocionales, o retrasos en el desarrollo | | | |
| Enfermedades neurológicas (p. ejem., parálisis cerebral, convulsiones, lesión cerebral traumática. | | | |
| Enfermedades de transmisión sexual o VIH | | | |
| Fuertes dolores de cabeza | | | |
| Trastornos de la vista, la audición o del habla | | | |
| Enfermedades cutáneas, óseas, musculares o de las articulaciones | | | |
| ¿Ha estado alguna vez el paciente en el hospital debido a una enfermedad grave, lesión o cirugía? | | | |
| ¿Tiene su hijo <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina? | | | |
| ¿Nació su hijo prematuramente o se presentaron complicaciones durante el parto? | | | |

¿Quién es el médico de cabecera o grupo de médicos que atienden al niño?

Nombre _____ en _____ Teléfono _____

¿Han atendido al paciente en alguna otra clínica de especialidades? ¿Su hijo padece alguna otra afección que no se haya mencionado anteriormente?

No Sí Explique por favor: _____

| | Sí | No | Comentarios |
|---|----|----|-------------|
| ¿Le derivaron con nosotros? | | | |
| Experiencia dental anterior | | | |
| Lesiones faciales o dentales | | | |
| Tratamiento anterior de ortodoncia | | | |
| ¿Al niño le ayudan o le supervisan al cepillarse? | | | |
| ¿Contiene flúor el agua de su casa? | | | |
| ¿Otras fuentes de flúor? | | | |
| ¿El paciente tiene hábitos de higiene oral? | | | |

He revisado personalmente esta información con el padre e ingresé los datos en *axiUm*.

Firma del padre/del tutor legal

Fecha

Residente DDS, DMD



Children's Hospital Colorado

Centro de Odontología en Children's Hospital Colorado Póliza financiera

Póliza de cuotas y pagos

En un esfuerzo por mantener los costos dentales mientras proveemos una atención profesional de nivel superior, hemos establecido las siguientes opciones de pago:

1. Pago completo o de la porción estimada que la compañía de seguros no cubrirá, en el día de la prestación del servicio.
2. Pago del saldo total al recibir su estado de cuenta inicial.
3. Hay planes de pago disponibles si los solicita. Necesitará comunicarse con uno de nuestros asesores financieros al 720-777-6788 a fin de realizar los trámites financieros necesarios.

Instrucciones de higiene bucal

La base para mantener unos dientes sanos radica en la práctica cotidiana de una higiene bucodental adecuada. Consideramos nuestro deber el proporcionarle instrucción detallada sobre el proceso de cómo se forman las caries puesto que este conocimiento le atribuye poder para evitarlas en el futuro. Es por eso que a cada paciente con sarro, se lo vamos a hacer notar mediante un colorante. Le enseñaremos técnicas de higiene bucal apropiadas y revisaremos con usted un plan de atención en casa junto con una revisión de la alimentación y nutrición idóneas. El costo por este procedimiento (CDT código D1330) es \$22.50. Este procedimiento se lo facturaremos a usted o a su compañía de seguros.

Pago por cuenta propia o pacientes sin seguro médico

Si usted no tiene un seguro médico dental, recibirá un descuento del 35% en todos los servicios que nuestro consultorio facilite.

Requerimos de un enganche de \$80 previo a su primera consulta y la cantidad restante se le facturará.

Si usted elige pagar el saldo de la consulta en el día cuando se otorga el tratamiento, entonces se le hará un 5% de descuento adicional por liquidar la totalidad.

Seguro médico

Si tiene seguro médico, le ayudaremos a determinar la cobertura que tiene disponible. La cobertura varía de una aseguradora a otra. Es responsabilidad de usted comprender la cobertura de su seguro médico dental y sus términos. Es importante que comprenda que la atención profesional se le proporciona a usted y no a una compañía de seguros. Como consecuencia, la compañía de seguros es responsable ante el paciente y el paciente es responsable ante nuestro consultorio sobre cualquier saldo que no haya pagado la compañía aseguradora. Somos expertos en la presentación de solicitudes por parte del paciente y en el manejo de las preguntas. Le ayudaremos de cualquier forma que podamos.

Comprendo las declaraciones citadas anteriormente respecto a la Póliza financiera en Children's Hospital Colorado.

Nombre del niño _____

Nombre del Padre / Tutor en letra de imprenta _____

Firma _____ Fecha _____