

Newberg Kids' Dentista Introducción

Gracias por elegir nuestra práctica para el cuidado dental de su hijo. Como una oficina especializada en la atención odontológica para los niños, ofrecemos un ambiente acogedor para los niños así como niño-opciones de tratamiento adecuadas cuando sea necesario. Creemos en tratar a sus hijos de manera conservadora, rápido, fácil y divertido! Usted notará que hacemos algunas cosas de forma diferente para los niños que para los adultos, ya que tienen diferentes necesidades, tanto física como emocionalmente. Parte de lo que hace la odontología pediátrica, una especialidad es ser capaz de adaptar las necesidades de tratamiento para el estado de desarrollo del niño, tanto física como emocionalmente.

Primera visita

Recomendamos un niño es visto **por su primer cumpleaños**. Comenzando temprano ayuda a prevenir los miedos dentales que muchos adultos tienen y nos ayuda a diagnosticar problemas cuando son más fáciles de cuidar.

Alentamos al padre/tutor para acompañar al niño durante el examen. Esto permite varios beneficios:

1. Estamos muy entusiasmados con el cuidado de los niños y queremos compartir ese entusiasmo con usted.
2. Queremos involucrar a usted con lo que nos encontramos, en lugar de tener que llevar nuestra labor para ti.
3. Un montón de educación se imparte en el examen. Si no están presentes, gran parte de la educación obtiene pérdidas.
4. Con el conocimiento de los padres reciben de estar presente durante el examen, los padres pueden tener más control de su salud bucal del niño en casa.

Bebés y Niños: Hasta dos o tres años, el examen suele realizarse con el niño en el regazo del padre. Es normal que sean tímidas y a veces a llorar incluso para simples exámenes. Este comportamiento es normal, y de ninguna manera se nos molesta, y usted no debe avergonzarse ni debe sentirse obligado a calmar al niño (si están llorando, su boca está abierta). Somos una práctica pediátrica y esperamos algo de ruido de los niños, y espero que pueda tener paciencia cuando hay otros niños todavía te familiarizas con las visitas al dentista.

La edad preescolar y arriba: utilizamos una técnica llamada Tell-Show-Do. Usted reconocerá esto como deberíamos hablar primero de las cosas de una manera favorable al niño. A continuación, cuando proceda, les mostramos lo que vamos a hacer. Por último, avanzamos lentamente en pasos de bebé cuando hacemos cualquier procedimiento. Esto impide cualquier grandes sorpresas que pueden asustar a los niños. Utilizando este enfoque ayuda a los niños a ser más cómodos y desarrolla la confianza entre el personal y la de su hijo.

Child Friendly vocabulario

En la práctica pediátrica, utilizamos child friendly palabras para describir lo que hacemos. Por ejemplo, nosotros no usamos palabras de cuatro letras (como el dolor, el dolor, tirar y disparo). Por favor, nos ayudan a hacer esta experiencia divertida por no entrar en detalles con los niños pequeños y que nos permita explicar de manera que mantenga la ansiedad a un mínimo.

Ejemplos de la terminología que utilizamos:

<u>No utilice:</u>	Shot	<u>No utilice:</u>	El Sleepy Squirt jugo
	Taladrar		Cosquillas en el azúcar bugs
	Tire el diente		Hacer un diente danza, o mueva el diente
	Hurt		Se siente extraño/distintos

Limpiezas

Los padres y los cuidadores a menudo se sorprenden por la rapidez de limpieza puede ser en los niños. Limpiezas de adultos incluyen eliminar la acumulación de minerales entre los dientes y debajo de la línea de las encías. Los niños no están en riesgo de esta misma acumulada hasta la pre-adolescencia y adolescencia. Existen también, no como muchos dientes para limpiar.

Longitud de cita

Los niños tienen períodos de atención más cortos de modo que trabajamos tan pronto como podamos para mantener a los niños felices y contentos.

Gracias por elegir Newberg Kids' dentista. Esperamos trabajar con usted para mantener y mejorar la salud de su hijo.

He recibido y leído el Newberg Kids' Dentista Introducción

La firma _____

Fecha _____

Los antecedentes de salud

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Médico de Atención Primaria (nombre y número):

Corazón Sople cardíaco el prolapso de la Válvula Mitral fiebre reumática defecto cardíaco congénito de baja/alta presión sanguínea Otros Cirugía cardíaca
Por favor,
explique: _____

Riñón La vejiga urinaria Otros problemas
Please Explain: _____

Hígado/GI Úlceras de estómago o intestino Diarrea Gastritis Colitis hepatitis ictericia Enfermedad hepática reflujo gastroesofágico (ERGE) Otros
Por favor,
explique: _____

Disruptores Diabetes Tipo: _____ Enfermedad tiroidea Otros
Por favor,
explique: _____

Hematológicas Transfusión de Sangre Fecha(s) _____ Anemia Hemofilia Leucemia de células falciformes Otros sangrado prolongado
Por favor,
explique: _____

Pulmón/ Respirar Fiebre del heno problemas sinusales Alergias/ Asma Urticaria Tos crónica enfisema Tuberculosis Otros
¿Su niño use un inhalador? _____
Por favor, explique: _____

Neurological Trastorno Mental trastorno nervioso Parálisis Cerebral convulsiones o epilepsia Autismo desmayo TDAH el retraso en el desarrollo de lesiones cerebrales dolores de cabeza trastornos del lenguaje
Por favor,
explique: _____

Audiencia/ojo Problemas de visión Glaucoma de dolor en el ojo dolor de oído Hipoacusia
Por favor,
explique: _____

Dermal/ Musculo-esqueléticas Erupciones Artritis alergia al látex ampollas febriles o herpes labial úlceras Otros

	Por favor, explique: _____	
¿Su hijo tiene alguna enfermedad, condición u otros problemas de salud no enumerados anteriormente? Por favor, explique: _____		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medicamentos (nombres y dosis): _____		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su hijo ha sido hospitalizado desde su nacimiento? En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Por qué?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su hijo ha tenido cirugía? En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Por qué?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha tenido su hijo de la radiación o la quimioterapia? En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Por qué?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su hijo usa tabaco?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su hijo tiene SIDA o que él/ella ha sido dieron positivo en la prueba de VIH?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su hijo tiene cualquier alergia a alimentos o medicamentos? En caso afirmativo, indique:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Es su hijo adoptado? Si la respuesta es afirmativa, ¿él/ella sabe?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hembras: cualquier posibilidad de embarazo?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<u>Historia dental</u>		
¿Su hijo tiene actualmente las caries?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha tenido su hijo trabajo dental hecho en el pasado?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha habido alguna lesión en los dientes, como las caídas, golpes, o fichas? ¿Cuándo? _____		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su hijo ha tenido alguna experiencia dental difíciles en el pasado? Si la respuesta es sí, por favor explique: _____		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su hijo piensan que hay algo malo con sus dientes? Si la respuesta es sí, por favor explique: _____		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay alguna información adicional que debería saber?		
Padre/madre/tutor Firma: Fecha:		

Newberg Kids' dentista

2502 Portland Rd
Newberg Oregon 97132
Smile@newbergkidsdentist.com

Nueva información del paciente

Fecha:

Nombre del paciente

DOB:

Nombre del paciente

DOB:

Nombre del paciente

DOB:

Nombre del paciente

DOB:

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Un amigo/familiar (si es así que)

Remisión de seguros (nombre del seguro) _____

Remisión Dental (nombre de odontólogo)

Internet (Google, Yelp, etc.) _____

Anuncio _____

Otros _____

Motivo de la cita hoy?

Dentista anterior:

Teléfono:

Última Visita Dental:

Madre:

DOB:

Teléfono celular

Teléfono alternativo:

Dirección:

Correo electrónico:

Padre:

DOB:

Teléfono celular

Teléfono alternativo:

Dirección:

Correo electrónico:

Persona(s) autorizada para firmar/consentimiento en su nombre:

Contacto de emergencia _____

Teléfono: _____

HIPAA

Recepción de Practicas de Privacidad y consentimiento para el uso y la divulgación de información sobre la salud

El acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad:

Yo, _____, han recibido una copia de esta oficina el Aviso de Prácticas de privacidad relativas a mi

niño/niños, _____

Padre/madre/tutor Firma: _____ Fecha: _____

Padre/madre/tutor dando consentimiento

A los padres/tutores,

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones.

El propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted consiente al uso y divulgación de información protegida de salud para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

No dar consentimiento puede resultar en nuestros proveedores de no poder proporcionar cuidados para usted y/o su hijo.

Padre/madre/tutor Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Newberg Kids' Dentista celebración consentimiento opcional

Nos encanta celebrar los grandes logros de los niños. De vez en cuando incluimos fotografías en nuestra clínica ninguna cavidad Club, página de Facebook, y materiales promocionales. En honor de los logros de su hijo, puede que tengamos su permiso para incluir su foto como parte de nuestra práctica promociones?

Por favor de firmar este formulario de consentimiento y volver a Newberg Kids' dentista. Estaremos encantados de proporcionarle una copia para sus registros.

Yo, _____, soy el padre/guardián de

_____ I permitirá Newberg Kids' dentista para mostrar la foto de mi hijo en honor de sus grandes logros.

NO _____

La participación en la investigación consentimiento opcional

Autorización para el uso de la información de salud privada

A partir de tiempo al tiempo, vamos a participar en estudios de investigación que mire los datos anteriores en el registro. Esto ayuda a la odontología sigue haciendo mejoras en la atención al paciente. Este formulario concede permiso dado por usted para su uso, y/o la de su hijo y de salud privados información dental ubicado en Dr. Tim Richardson's dental office para usarlo en un estudio de investigación. Este es un cambio por la nueva ley federal de privacidad de registros médicos.

Newberg Kids' Dentista Aviso de Prácticas de privacidad Formulario: He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

1. Consentimiento para el gráfico Comentario: Me permiten el Dr. Richardson/Dr. Newport y colaborando a los equipos de investigación educativa comentario mío o de mi hijo dental para un posible uso de la investigación en estudios de revisión del gráfico. Este tipo de investigación sólo mira hacia atrás en los registros clínicos existentes, y no implican ningún otro contacto conmigo. Mi identidad y la información personal de salud será confidencial, de acuerdo con los términos de la HIPAA Aviso de Prácticas de privacidad que se me proporcionó.

2. Consentimiento para el uso Photos-External: mi consentimiento para cualquier intraoral (dentro de la boca) imágenes y fotografías clínicas para fines de presentaciones educativas externas y presentación de investigación y publicaciones. Yo nuevamente su consentimiento de que esa información/fotografía/imágenes serán propiedad exclusiva del Dr. Richardson/Dr. Newport libre de cualquier reclamación por mi parte.

Carácter voluntario de este consentimiento tu decisión si o no el consentimiento no afectará a su actual o futuro de las relaciones con sus médicos o personal. Si usted decide el consentimiento, usted es libre de retirarse en cualquier momento sin afectar a esas relaciones. Usted debe proporcionar una solicitud por escrito para retirarse del consentimiento para el gráfico reseña y fotos de uso externo.

Al firmar a continuación RECONOZCO Y CONSENTIMIENTO A TODOS LOS PÁRRAFOS ANTERIORES.

Nombre y firma del paciente
O LA PARTE RESPONSABLE

Relación jurídica

Fecha

NO _____

Las políticas financieras y de acuerdo

Pago/Póliza de seguros

Como cortesía, archivamos las reclamaciones de seguros para nuestros pacientes. **Todo estimado paciente porciones son debido al momento del servicio.** Esta cantidad es una estimación de su copago y trabajamos duro para hacer esto tan exacto como sea posible.

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheque, Visa y Mastercard. También ofrecemos financiamiento a través de CareCredit In-House y financiación.

Política de nombramiento perdidas

Trabajamos diligentemente para ver todos nuestros pacientes de manera oportuna. Citas perdidas nos dejan con agujeros en nuestro calendario, que nos impide prestar atención oportuna para los niños de nuestra comunidad. Citas perdidas nos perjudica a todos. Por lo tanto, hemos adoptado una política de nombramientos "perdido" que dice que **las citas no cancelada dentro de 48 horas de antelación mínima se cobrará una cuota de \$50.00.**

La sedación oral perdidas y citas operativa

Debido a la alta demanda de citas de sedación consciente, hemos implementado un "Missed quirúrgico/Política de nombramiento de la parte dispositiva" para animar al paciente a que mantenga sus citas. Si no puede asistir a la cita programada, debe **llamar a** un mínimo de **72 horas de antelación.** Si no tenemos un **plazo de 72 horas de antelación** de la cancelación, se le hará un cargo **no reembolsable de \$200 "Missed quirúrgico/cita la parte dispositiva Fee".**

Entiendo que soy responsable por el pago de todas las tasas de tratamiento dental que no están cubiertos por el dental del paciente o seguro médico. El abajo firmante está de acuerdo en que deben ser remitidos a la cuenta de un abogado para la recolección, los honorarios incurridos serán pagados por la parte responsable.

Padre/madre/tutor legal firma

Fecha