





# INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL

¿Tiene el paciente seguro dental?  Sí  No

## Información sobre el seguro primario

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

N.º de la seguridad social: \_\_\_\_\_ N.º de permiso de conducir: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Seguro dental: \_\_\_\_\_ N.º de identidad \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ N.º de identidad: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

## Información del seguro secundario (rellene solamente si el paciente está protegido por una compañía aseguradora secundaria)

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

N.º de la seguridad social: \_\_\_\_\_ N.º de permiso de conducir: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Seguro dental: \_\_\_\_\_ N.º de identidad \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ N.º de identidad: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_



## SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS PACIENTES

Para su comodidad, es bienvenido que el niño esté acompañado por un adulto en la consulta, si bien no es imprescindible. Fomentamos la independencia para ayudar a impulsar el crecimiento y el desarrollo de su hijo. Todos los demás acompañantes, incluidos los niños que no tengan cita programada en ese momento, deberán aguardar en la recepción para mantener la seguridad y la privacidad de los demás pacientes. Los niños pequeños presentes en la recepción necesitarán supervisión de algún adulto. Le rogamos se abstenga de llevar carritos de niño al área de tratamiento de los pacientes, ya que tienden a bloquear zonas de paso comunes. En la consulta está prohibido el uso de teléfonos móviles. Las conversaciones ajenas mantenidas por otras personas en el área clínica puede distraer a los demás niños e impedirnos a nosotros prestar atención pormenorizada a cada uno de nuestros jóvenes pacientes. Le agradecemos su comprensión y su consideración en los aspectos expuestos.

### Confirmación de las políticas de privacidad (consulte HIPAA en el momento de la entrada)

Certifico que me fue hecha entrega de una copia del documento explicativo de las políticas de privacidad de SmileBuilders Children's Dentistry:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra legible: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## POLÍTICAS DE CONCERTACIÓN DE CITAS

Las citas programadas están reservadas específicamente para su hijo. Si necesita cancelar su cita, le rogamos que llame con al menos 24 horas de antelación para que podamos dar la cita a otro paciente. Le rogamos que acuda al menos 15 minutos antes de la cita de su hijo para poder rellenar cualquier documentación adicional y que podamos atender a su hijo puntualmente. Si llega 15-20 minutos tarde a su cita, le pediremos que concierte una nueva, la primera que haya disponible. En la primera exploración del paciente, deberá estar presente un progenitor o un tutor legal (con documentación oficial).

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

Solicito a la Dra. Rashedi, y le autorizo a que lo haga, que explore, limpie y realice tratamiento odontológico en la dentadura de mi hijo. Asimismo, solicito, y presto mi autorización para ello, la realización de radiografías dentales siempre que la Dra. Rashedi lo considere necesario para el diagnóstico o el tratamiento de los problemas dentales de mi hijo. Permitiré la toma de fotografías de mi hijo o de su dentadura para fines diagnósticos o educativos. Comprendo que el tratamiento dental de niños supone un esfuerzo para guiar su conducta ayudándolos a entender el tratamiento en los términos apropiados a su edad. La Dra. Rashedi y el personal procurarán un entorno que ayude a los niños a aprender a cooperar durante el tratamiento utilizando recompensas, explicaciones y demostraciones de procedimientos e instrumentos, y usando un tono de voz variable. Me haré responsable de los costes en que se incurra por el tratamiento dental de este niño.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra legible: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_