

# Des Moines Children's Dentistry



5950 Village View Drive Suite 200 ▪ West Des Moines, IA 50266  
2335 SE LA Grant Parkway ▪ Waukee, IA 50263  
515.225.1677 ▪ [www.dsmcd.com](http://www.dsmcd.com)

## Cuéntenos sobre su hijo/hija:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino | Femenina

Escuela del paciente: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## Información de la Madre (Escoja el que aplique):

Madre  Madrastra  Otro tutor

Casada  Soltera  Divorciada  Viuda

*Está persona tiene custodia del niño/a?* **SI | NO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Tel: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## Información del Padre (Escoja el que aplique):

Padre  Padrastro  Otro tutor

Casado  Soltero  Divorciado  Vuido

*Está persona tiene custodia del niño/a?* **SI | NO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Tel: Casa: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Por favor ponga otras personas que tienen la custodia de su niño o otros arreglos de custodia que debemos de saber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Persona Responsable de la Cuenta (si es diferente del anterior):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ DL#: \_\_\_\_\_

## ¿Quién acompaña al niño(a) hoy?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Como escucho de nuestra oficina?** Google | Facebook  
Anuncio de Tele | WIC | Cartelera | iSmile

Dentista que refirió: \_\_\_\_\_

Oficina de doctor: \_\_\_\_\_

Amigo: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental:

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Suscriptor ID#: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

*Tiene cobertura secundaria?* **SI | NO**

## Historial de Salud

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra/ nombre de oficina: \_\_\_\_\_

**SI | NO** ¿El Nino(a) es alérgico a algo? Explique: \_\_\_\_\_

**SI | NO** ¿Su niño(a) ha sido hospitalizado? Explique: \_\_\_\_\_

**SI | NO** ¿Su niño(a) está tomando algún medicamento? Explique en detalle y razón del medicamento: \_\_\_\_\_

## Indique si su niño(a) ha recibido tratamiento de lo siguiente:

Si/No El Sangrado Anormal	Si/No Paladar Hendido/Labio	Si/No Hepatitis - Tipo _____
Si/No SIDA/VIH	Si/No Diabetes	Si/No Alta Presión/Baja en la Sangre
Si/No Anemia	Si/No Epilepsia/Convulsiones	Si/No Urticaria
Si/No Cirugías	Si/No Hándicaps/Discapacidad	Si/No Problemas Renales
Si/No Asma	Si/No Audición/Discurso	Si/No Problemas del Hígado
Si/No Transfusión De Sangre	Si/No Enfermedad Del Corazón	Si/No Fiebre Reumática
Si/No Cáncer/Tumores	Si/No Corazón Murmullo	Si/No Anemia Falciforme
Si/No Parálisis Cerebral	Si/No Hemofilia - Tipo _____	Si/No Tuberculosis

Denos detalles de lo que indico: \_\_\_\_\_

**Indique alguna otra condición no escrita arriba:** \_\_\_\_\_

## Historia Dental

**SI | NO** ¿El niño(a) ha sido atendido por un dentista alguna vez?

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental : \_\_\_\_\_ Radiografías fueron tomadas? **SI | NO**

**SI | NO** ¿Ha tenido usted o sus niños una mala experiencia con un dentista? De detalles si indico que si:

**SI | NO** ¿El niño(a) se chupa el dedo o chupa chupón?

Por favor indique si su niño(a) tiene problemas con cualquiera de lo siguiente:

Caries Dolor de muelas Sensibilidad en los dientes Trauma Infecciones de las encías Cambio en color de los dientes

## Consentimiento para Tratamiento Dental

Solicito y autorizo a Dr. Warrington, Dr. Revell, Dr. Turner, y Dr. Christensen para examinar, limpiar, y proporcionar el tratamiento dental en los dientes de mi niño. También solicito y autorizo la toma de rayos X dentales considerados necesarios por el Dr. Warrington, Dr. Revell, Dr. Turner, y Dr. Christensen para diagnosticar y/o tratar el problema dental de mi niño. Permitiré que fotografías sean tomadas de mi niño(a) o los dientes del niño(a) para objetivos diagnósticos o educativos. Entiendo que el tratamiento dental de niños incluye esfuerzos para dirigir su comportamiento ayudándoles a entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. Dr. Warrington, Dr. Revell, Dr. Turner, y Dr. Christensen proporcionarán un ambiente que permite niños a aprender a cooperar durante el tratamiento enseñándoles y demostrándoles procedimientos e instrumentos, y usando el tono de voz variable. Seré responsable de cualquier gasto incurrido en este niño para el tratamiento dental.

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

# Des Moines Children's Dentistry



## Acuerdo parental

Padres son bienvenidos a acompañar a su hijo(a) a el área de tratamiento durante su examen inicial. Esto le da la oportunidad para ver nuestro equipo dental en acción y permitir que el dentista hable con usted sobre lo que va descubriendo en los dientes y tratamiento necesario. Nosotros pedimos que si usted acompaña a su hijo(a), que usted asume el papel de un observador silencioso. Su presencia es mucho mejor si usted juega un papel pasivo. Si más de una persona le habla al niño(a) pueden confundirlo(a). La cooperación y la confianza deben establecerse directamente entre los médicos y el personal y su hijo, no a través de usted. También pedimos que los hermanos permanecen en la sala de recepción o área de juego. Puede haber momentos en los que la experiencia de un niño se ve reforzada por la ausencia de los padres. Animamos a los niños a pasar al área de tratamiento por sí mismos, ya que esto favorece la autonomía y la confianza. Después de la primera visita de su hijo(a) su hijo(a) pasara a la área de tratamiento por sí mismos, al menos de que tengamos arreglos especiales con anticipación. Los niños que son muy aprensivos pueden buscar una "salida" al pasar con los padres-es por eso que les pedimos a los padres a permanecer en la sala de espera durante el tratamiento con el fin de facilitar una línea más directa de comunicación entre el niño y el médico. La siguiente es una breve explicación de algunos de los métodos que utilizamos para guiar la conducta de su hijo(a) y proporcionar una experiencia dental positiva. Dado que cada niño es único, no hay lista que puede ser completa y otros métodos pueden explicarse según sea necesario.

**Contar, Mostrar y Hacer:** Esta es la herramienta más importante para la enseñanza de su hijo(a). Se le contara a su hijo(a) en términos simples lo que se hará. A continuación les mostraremos y después se realizara el procedimiento.

**Imaginación:** Usamos imaginación con los niños y les contamos en términos simples lo que se hará. Por ejemplo, un examen dental se convierte en "mirar y contar los dientes". Una profilaxis dental y la limpieza se convierten en "pincel y cosquillas en los dientes". Los animamos a usar estos términos para hablar con su hijo(a) acerca de sus experiencias dentales.

**Distracción:** Abecés es necesario distraer a su hijo(a) de una sensación desagradable enfocando sus pensamientos en algo distinto de lo que se está haciendo.

**El Refuerzo Positivo:** Esta es una técnica utilizada para reforzar el buen comportamiento al premiar a su hijo(a) después de recibir una respuesta deseada con la esperanza de promover la continuación del buen comportamiento.

**Control Vocal:** Control vocal es un cambio controlado del volumen de la voz, tono o el ritmo para influir y dirigir la conducta de su hijo(a). Esta técnica se utiliza para establecer una línea de comunicación entre nuestros médicos y su hijo(a).

Este arreglo y estas políticas están en su lugar para asegurar que podamos ofrecer la mejor y más positiva experiencia dental para su hijo(a). No dude en preguntar a cualquier persona en la oficina si tiene alguna pregunta. Gracias por darnos la oportunidad de proporcionar atención dental para su hijo(a).

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en seguir esta políticas y este arreglo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

¡Bienvenido a nuestra oficina!

Nos complace que nos haya elegido para cuidar de las necesidades dentales de su hijo(a). Para hacer nuestro tiempo juntos más eficiente y agradable para usted, hemos hecho una lista de nuestras políticas de oficina a continuación.

**Políticas de la Oficina** – Por favor lea con cuidado.

1. **Su Cita:** Por favor hagan todo lo posible por llegar a tiempo a su cita. Nos reservamos específicamente la cantidad de tiempo requerido para el tratamiento planificado de su hijo(a). Si llega más de 10 minutos tarde, la cita de su niño(a) puede ser cancelado o no todo el tratamiento previsto podrá ser completado en esa visita.
2. **Política de cita perdida:** Si una cita CONFIRMADA es perdida, una última oportunidad se dará antes de que se ponga en estatus de "notificación del mismo día". Esto significa que usted ya no será dada una cita y tendrá que ponerse en contacto con nosotros el día que usted solicita el servicio a ser visto como un paciente "Walk-in". Esto es importante para nosotros, ya que nos reservamos tiempo para cada paciente - si usted llega tarde o no se presenta; usted está tomando el tiempo de otros pacientes.
3. **Seguro:** Estaremos encantados de trabajar con la mayoría de los seguros, y como cortesía a nuestras familias con seguro vamos a presentar su reclamación de seguro. Por lo tanto, es importante que nos notifique de cualquier cambio con su plan en el momento del tratamiento. Es importante que se familiarice con su plan de seguro y tasas de reembolso específicos. Nuestra oficina no tiene la autoridad para negociar con su aseguradora sobre el reembolso por un servicio particular; esa información varía con cada política en particular y puede cambiar de año en año. Nuestra oficina no tiene acceso a la información con respecto a la cantidad en dólares de su copago por la compañía de seguros; por lo tanto, no es posible dar una estimación exacta, pero nosotros nos esforzamos para ser lo más preciso posible.
4. **Declaraciones:** Nosotros enviamos estados de cuenta mensuales en todos los saldos de las cuentas abiertas, de modo que usted está enterado de lo que los créditos y los pagos se han realizado a su cuenta. Al menos de que arreglos específicos sean hechos con nuestro gerente de la oficina, todas las cuentas de más de 90 días serán remitidos a una agencia de colecciones exterior. Cuentas de más de 90 días tendrán un cargo de \$ 50 de servicio adicional añadido a la cuenta.
5. **Cancelación:** Un aviso de 48 horas se debe dar para la cancelación de cualquier cita. Nosotros estaremos en contacto con usted 48 horas antes de su cita para confirmar. Si no obtenemos confirmación de su cita, su cita será cancelada o reprogramada. Por favor, manténganos al día sobre todos los números de teléfono actuales para ayudarnos a llegar a la confirmación. Correo de voz de teléfono y correo electrónico están disponibles las 24 horas del día, si usted no está disponible en el momento de nuestra llamada.

He leído y entiendo mis obligaciones y reconozco que soy totalmente responsable del pago de los servicios no cubiertos por mi seguro. Estas políticas son para beneficio de todos. Si tiene alguna duda, consulte a nuestro personal de oficina.

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

# Des Moines Children's Dentistry



## Política Financiera

Gracias por a ver escogido nuestra oficina pediatra. Para entendernos mutuamente nuestra preocupación más importante es el cuidado dental de su hijo/a. Por esta razón nos gustaría informales de lo siguiente política financiera:

- **Requerimos que pague en completo por los servicios en la cita de su hijo/a.**

Como cortesía para los que tienen aseguranza dental, nosotros mandaremos todo a la seguridad pero es su responsabilidad pagar lo que la seguridad no cubriría. Por favor denos una copia de su tarjeta de seguridad y asegúrese de informarnos si hay cambios en el futuro.

- **Es responsabilidad de la persona que tiene la seguridad entender los beneficios de cobertura.**

Somos preferidos (en red) con las seguranzas de Delta Dental Premier y Planes de PPO y también con Wellmark Blue Dental. También aceptamos Medicaid de Iowa y Delta Dental of Iowa Hawk-I plan. Nosotros también podemos usar la mayoría de otras seguranzas pero somos considerados (fuera de red). Nuestros trabajadores va hacer el esfuerzo para darle el mejor estimado de cualquier tratamiento con la información dada por su seguridad. Como sea todos los costos son dados por estimados porque compañías de seguranzas no garantizan la cantidad que van a pagar a la oficina.

- **Con gusto le pasamos los costos a su seguridad dental, Como quiera por favor comprenda que usted es responsable por los servicios rendidos.**

Nosotros no somos responsables por cualquier limitación en su plan de cobertura. En el caso que su seguridad cubra menos o nada por el tratamiento rendido por nuestra oficina, usted es responsable por la diferencia. Todas las cuentas con un balance por más de 120 días será mandado a colección. Hay un costo de 50\$ para todas las cuentas mandadas a colección.

- **Nuestro equipo siempre está disponible para hablar de alguna pregunta o asistirlo.**

La salud dental de su niño/a es el triunfo de nuestra oficina. Por favor siéntase libre de hacernos cualquier pregunta.

**E leído y entiendo mis obligaciones y reconozco que soy responsable por los pagos de cualquier servicio no cubierto por mi seguridad.**

---

Firma de Padre/madre o quien tenga custodia

fecha

Yo autorizo pagos de benéficos dentales, directamente a la compañía nombrada.

---

Firma de quien tenga la polcia/ guardián legal

**Reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad y Consentimiento / Autorización limitada y formulario de declaración**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento, pero al negarse, no se nos permitirá procesar sus reclamaciones de seguro.

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

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia de la notificación efectiva de normas de confidencialidad de Des Moines Children's Dentistry. Una copia firmada de este documento con fecha deberá ser tan eficaz como el original. Mi firma también servirá como una declaración de información de salud protegida en caso de que yo solicite que información de tratamiento o radiografías sean enviadas a otros médicos que mi hijo(a) asistirán en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Su nombre

\_\_\_\_\_  
Su Firma

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad

**Por favor escriba cualquier otra entidad que pueda tener acceso a la información dental de su hijo(a):**

(Esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador que puede tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Autorizo el contacto de esta oficina para confirmar mis citas con el dentista, el tratamiento y la información de facturación a través de:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación por celular              | <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje de texto                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación por teléfono de casa     | <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación por correo electrónico  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación por teléfono del trabajo | <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación por correo/carta postal |

Autorizo que la información de mí cuidado dental sea comunicada a través de:

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje en teléfono celular     | <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje de texto                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje en teléfono de casa     | <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje por correo electrónico  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje en teléfono del trabajo | <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje por correo/carta postal |

Apruebo ser contactado acerca de los servicios especiales, eventos o nueva información dental a través de:

- Mensaje telefónico
- Mensaje de texto
- Correo electrónico
- Correo/carta postal
- Cualquiera de los anteriores

---

**Solo Para Uso de Oficina**

Como oficial de privacidad intente obtener la firma del paciente (o representante) en este acuerdo pero no se obtuvo por la siguiente razón:

- Fue tratamiento de emergencia \_\_\_\_\_
- No pude comunicarme con el paciente \_\_\_\_\_
- El paciente se negó a firmar \_\_\_\_\_
- Otro/El paciente no pudo firmar porque: \_\_\_\_\_

Firma del oficial de privacidad \_\_\_\_\_