



madisonkidsdentist.com

5544 East Cheryl Parkway • Fitchburg, WI 53711-5312
608-288-1543 • Fax 608-288-0626
7001 Old Sauk Road, Suite 200 • Madison, WI 53717-1010
608-833-6545 • Fax 608-833-8516
5116 American Family Drive • Madison, WI 53718-8331
608-825-7500 • Fax 608-825-0010

Sobre Su Hijo/a About Your Child

Nombre/Name: _____

Apodo/Nickname: _____ [] F [] M

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: ____/____/____ Edad/Age: _____

Niño/a vive con: () Ambos Padres/Both Parents () Madre/Mom
() Padre/Dad () Guardián/Guardian () Foster Parents
() Madrastra/Stepmom () Padrastro/Stepdad () Otro/Other

Dirección del/de la Niño/a: _____

Child's Address: _____

En caso de no vivir el/la niño/a con ambos padres, favor de proporcionarnos las direcciones de ambos. *If the child does not live with both parents, please provide addresses for both.*

Madre/Mom: _____

Padre/Dad: _____

¿Quién acompaña al/a la niño/a el día de hoy? Who is accompanying the child today?

Nombre/Name: _____

Relación al/a la niño/a - Relation to child: _____

Nombre de la persona con custodia legal del/de la niño/a - Name of person with legal custody of the child: _____

¿Quién nos recomendó para el tratamiento de su hijo/a? Who may we thank for referring your child?

Otros miembros de la familia a quien hemos tratado/Other family members seen by us: _____

Información de Persona Alternativa/Alternate Contact Information

(Quien **NO** tenga custodia legal)

Nombre/Name: _____

Relación/Relation: _____

Núm. Casa/Home: _____

Núm. Celular/Cell: _____

Información Sobre Los Padres/Legal Guardians

Nombre de la Madre/Mom's Name: _____ Fecha de Nac/DOB: ____/____/____

Lugar de Trabajo/Employer: _____ Núm. Trabajo/Work: _____

Núm. de Teléfono de Celular/Cell: _____ Correo Electrónico/Email: _____

Nombre del Padre/Dad's Name: _____ Fecha de Nac/DOB: ____/____/____

Lugar de Trabajo/Employer: _____ Núm. Trabajo/Work: _____

Núm. de Teléfono de Celular/Cell: _____ Correo Electrónico/Email: _____

Seguro Dental/Dental Insurance

¿Ud. tiene Wisconsin Medical Assistance? Do you have Wisconsin Medical Assistance? () Sí () No ID # _____

Si tiene Wisconsin Medical Assistance/FowardHealth/BadgerCare, se le requiere que presente la tarjeta/credencial de su hijo/a en cada visita. *If you have WI Medical Assistance, you are required to present your child's card at each appointment.*

¿Tiene seguro dental? Do you have dental insurance? () Sí () No

Compañía aseguradora principal/Primary insurance company name, address, phone number: _____

Suscriptor/a del seguro primario/Subscriber for primary Insurance: () Madre/Mom () Padre/Dad () Otro/Other

En caso de marcar "otro," favor de indicar nombre, relación al/a la paciente, número de seguro social, lugar de empleo y fecha de nacimiento. *If other is checked, provide us with name, relationship to patient, social security #, employer and birth date.*

Compañía aseguradora secundario/Secondary Insurance company name, address, phone number: _____

Suscriptor/a del seguro secundario/Subscriber for secondary Insurance: () Madre/Mom () Padre/Dad () Otro/Other

En caso de marcar "otro," favor de indicar nombre, relación al/a la paciente, número de seguro social, lugar de empleo y fecha de nacimiento. *If other is checked, provide us with name, relationship to patient, social security #, employer and birth date.*

Historia Dental/Dental History

¿Tiene algún problema dental actualmente? *Any current dental complaints?* _____

¿Ha tenido algún problema el/la paciente con procedimientos dentales previos? *Has the child ever had a problem associated with previous dental work?* () **Sí** () **No** Favor de explicar/*Specify if yes:* _____

¿Es fluorada el agua que bebe el/la paciente? *Is the child's water fluoridated?* **Sí** **No**

¿Toma suplemento de flúor el/la paciente? *Is the child taking fluoride supplement?* **Sí** **No**

En caso de "Sí," ¿Cuál? *If yes, what?* _____

¿Se lava los dientes diariamente el/la paciente? *Does the patient brush his/her teeth daily?* **Sí** **No**

¿Utiliza hilo dental diariamente el/la paciente? *Does the patient floss his/her teeth daily?* **Sí** **No**

¿Es la primera visita dental del/de la paciente? *Is this your child's first dental visit?* **Sí** **No**

Si no la fuera, ¿a qué Dentista consultó previamente? *If no, who was the last Dentist?* _____

Fecha de la última visita/*Last visit date:* _____

Hábitos Orales/Oral Habits

Favor de indicar el historial previo/*Please indicate any history of the following:*

La edad se le retiró la botella/*Taken off bottle at age:* _____

La edad se le retiró la leche materna/*Stopped nursing at age:* _____

Chupa dedo(s) o pulgar/*Thumb or finger sucking* **Sí** **No**

Muerde las uñas/*Nail biting* **Sí** **No**

Muerde o chupa los labios/*Lip sucking or biting* **Sí** **No**

Impedimento del habla/*Speech Impairment* **Sí** **No**

Favor de explicar en caso de "Sí"/*Specify if yes to any question:* _____

¿Ha padecido el/la paciente las siguientes enfermedades?

Has the child ever had any of the following medical problems?

Sí No Anemia/ <i>Anemia</i>	Sí No Hemofilia/ <i>Hemophilia</i>	Sí No Convulsiones/Epilepsia <i>Convulsions/Epilepsy</i>	Sí No Desvío Sanguíneo/ <i>Shunts</i>
Sí No Soplo Cardíaco/ <i>Heart Murmur</i>	Sí No Asma/ <i>Asthma</i>	Sí No Hemorragias Abnormales/ <i>Abnormal bleeding</i>	Sí No Hospitalizaciones/ <i>Any stays in hospital</i>
Sí No Cáncer/ <i>Cancer</i>	Sí No Hepatitis/ <i>Hepatitis</i>	Sí No Discapacidad Auditiva/ <i>Hearing Impairment</i>	Sí No Problemas del Hígado/Riñón <i>Kidney/Liver Problems</i>
Sí No Diabetes/ <i>Diabetes</i>	Sí No Tuberculosis/ <i>Tuberculosis</i>	Sí No Incapacidad/Desabilidades <i>Handicap /Disabilities</i>	Sí No Depresión/ <i>Depression</i>
Sí No Fiebre Reumática/ <i>Rheumatic Fever</i>	Sí No Hiperactividad/ADHD <i>ADD/ADHD</i>	Sí No Operaciones/ <i>Any operations</i>	Sí No Alergias/ <i>Allergies</i>
Sí No VIH+/SIDA <i>HIV+/AIDS</i>	Sí No Defecto Cardíaco Congénito/ <i>Congenital Heart Defect</i>	Sí No Autismo/ <i>Autism</i>	Sí No Ansiedad/ <i>Anxiety</i>
Sí No Retraso en Desarrollo/ <i>Developmental Delays</i>	Sí No Otro/ <i>Other</i>		

Favor de explicar problemas médicos que tenga el/la paciente. *Please discuss any medical problems the child has:*

Pediatra/*Pediatrician:* _____ Teléfono: _____

Fecha de la última visita/*Date of last visit:* _____

¿Problemas de salud? *Any current medical complaints?* _____

Favor de listar todos los medicamentos que está tomando el/la paciente. *Please list all current medications:* _____

¿Alergias a Drogas? **Sí** **No** En caso de Sí, indique el/los medicamento(s) específico(s): _____
Drug Allergies? *If Yes, indicate specific drug(s)* _____

¿Alergia al Látex? **Sí** **No**
Latex Allergy?

Entiendo que la información que proporciono es correcta, que dicha información se mantendrá en la más estricta confidencialidad, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la salud de mi hijo/a. *I understand the information I have given is to the best of my knowledge, that it will be held in the strictest of confidence, and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status.*

Autorizo cualquier servicio dental que necesite mi hijo/a, a llevarse a cabo por personal dental. Acepto responsabilidad plena por el pago de servicios efectuados. Entiendo también que el descuido de dos (2) citas consecutivas sin explicación resultara en la expulsión de mi hijo/a como paciente de la clínica.

I authorize the dental staff to perform the necessary dental service my child may need. I accept full responsibility for full payment of the treatment performed. It is my understanding that two (2) consecutive broken appointments without explanation may lead to dismissal of my child as a clinic patient.

Firma/Signature: _____ Fecha/Date: _____

Relación al/a la paciente/Relationship to patient: _____

POLÍTICA FINANCIERA/FINANCIAL POLICY

Se deberá hacer pago al llevarse a cabo los servicios. Aceptamos pago en efectivo, por cheque, y por tarjetas de crédito. Entendemos que algunos procedimientos son más caros que otros y estaremos más que dispuestos a trabajar los arreglos financieros alternativos antes de ofrecer tratamiento. Por la presente afirmo mi entendimiento de que (sin importar mi estado civil o mi cobertura por seguro médico/dental) Yo soy el último responsable del saldo de esta cuenta por los servicios profesionales.

Payment is due when services are rendered. We accept cash, personal checks and all major credit cards. We realize that some procedures are more expensive than other and we will be more than willing to work out alternative financial arrangements prior to treatment. I understand and agree that, (regardless of my insurance status or marital status), I am ultimately responsible for the balance on this account for any professional services rendered

He leído la información aquí contenida, y comprendo mis obligaciones legales.

I have read the above information and understand my obligations.

Firma de persona con responsabilidad financiera/

Signature of financially responsible party: _____

* Patient Name: _____

* DOB: _____

MR #: _____

Index to Consent – Treatment/Procedures

* Fecha: _____

1. **Consentimiento:** Doy mi consentimiento para recibir servicios de atención médica por parte de mi dentista, y cualquier otro clínico según se me aconseje.

Los servicios pueden incluir:

- procedimientos diagnósticos rutinarios,
- procedimientos radiológicos y de laboratorio,
- administración de medicamentos,
- servicios dentales y
- servicios de cirugía oral.

Entiendo que no se han hecho garantías sobre los servicios dentales que recibo de Access Community Health Centers (Access) y de Children's Center of Madison (CDC) sobre mi condición.

2. **Divulgación de Información:** Entiendo que todos los registros médicos se mantendrán confidenciales en toda la extensión de la ley. Autorizo a Access y a CDC divulgar cualquier información necesaria de mi expediente médico a:

- a. Otros proveedores médicos que me tratan, lo que podría incluir proveedores que me tratan y que no formen parte de Access ni de CDC.
- b. Pagadores, organizaciones o compañías de seguros que sean responsables, en todo o en parte, de obtener beneficios de seguro para mí, de facturar y/o pagar mi factura, y de presentar apelaciones de negación de beneficios, para que Access y CDC puedan recibir el pago por los servicios que yo reciba.
- c. Las compañías que Access y CDC utilizan para facturar los servicios.
- d. Auditores independientes o agencias de revisión contratados por terceros pagadores y aseguradores para analizar los cargos por los servicios que se me prestan.
- e. Mejorar la calidad y el costo de la atención prestada a los pacientes de Access y de CDC mediante la revisión de la atención prestada por Access, CDC y sus proveedores.

3. **Objetos de valor:** Entiendo que Access y CDC no son responsables de cualquier objeto de valor o artículos personales que pueda traer conmigo a cualquier cita de Access o de CDC.

Access Community Health Centers
2901 West Beltline Highway, Ste 120, Madison, WI 53713
**CONSENTIMIENTO GENERAL DE ACHC Y
CDC PARA TRATAMIENTO Y ASIGNACIÓN DE
BENEFICIOS**

4. **Pago:** Yo asigno y autorizo el pago de cualquier y todos los servicios proveídos a mí en Access y CDC o por los proveedores de Access y CDC. El pago se hará directamente a Access y CDC por la compañía de mi aseguranza o por un tercer pagador que podrá incluir, pero no ser limitado a: Medicare, Medicaid, aseguranza de salud comercial, seguro de automóvil sin culpa y aseguranza de compensación para trabajadores con discapacidades. Reconozco que soy responsable por todos los cargos razonables que no son pagados por mi aseguranza o algún beneficio de salud aplicable, relacionado a mis cuidados y tratamientos en Access y CDC o por proveedores de Access y CDC. Esto significa que yo tendría que pagar deducibles, copagos, o servicios no cubiertos. Entiendo que es mi responsabilidad pagar a Access y CDC por los cargos basados en los servicios que yo recibí a pesar de cualquier disputa o desacuerdo entre la compañía de mi aseguranza y yo.
5. **Recibo de aviso de prácticas de privacidad y derechos de los clientes:** Al firmar esta forma, reconozco que se me ha ofertado recibir el aviso de prácticas de privacidad de Access y CDC. También reconozco que cualquier pregunta que pude haber tenido sobre las prácticas de privacidad de Access y CDC fue respondida a mi satisfacción.
6. **Teléfono/correo electrónico:** Autorizo a Access y CDC a contactarme sobre servicios, los pagos por servicios, la agenda de citas y las operaciones de atención médica usando mensajería de texto, un sistema de marcación telefónica automática, o mensaje de voz pregrabado a los números de teléfono que yo proveí. Entiendo que mis llamadas podrían ser monitoreadas o grabadas para cualquier propósito. Si yo proveo a Access o CDC un correo electrónico, estoy de acuerdo con recibir mensajes de Access y CDC vía correo electrónico. Estos correos podrían contener información de mi salud y podrían no estar encriptados. Correos electrónicos no encriptados crean un riesgo potencial de privacidad y seguridad. Si no quiero recibir correos electrónicos que no estén encriptados, no proveeré mi correo electrónico a Access y CDC.

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que (1) he leído este formulario completo, (2) entiendo la forma y la información listada, (3) he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he obtenido las respuestas, y entiendo las respuestas, y (4) acepto cumplir.

* Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: ____

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

* Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

• El paciente es: (Patient Is)	☒ Menor de edad (Minor)	☐ Incompetente/Incapacitado (Incompetent/Incapacitated)
• Autoridad Legal: (Legal Authority)	☐ Tutor Legal (Legal Guardian)	☐ Padre/Madre de un Menor (Parent of Minor)
	☐ Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent)	☐ Otro: (Other)

Access: Reviewed by: _____ Date: ____/____/____ Time: _____