

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE STANLY
CLINICA DENTAL
CANCELACION/ AVISO DE INCUMPLIMIENTO DE CITAS

Hemos adoptado el aviso siguiente debido a nuestra población de pacientes tan grande y nuestro compromiso de dar un tratamiento dental que sea eficiente y de calidad para nuestros pacientes. Este aviso permitirá a los pacientes de la Clínica Dental del Condado de Stanly ser vistos lo más pronto posible y les impedirá esperar si otro paciente llega tarde.

Se requiere un aviso de 24 horas para todas las cancelaciones, solamente que el paciente tenga una enfermedad repentina, por otra parte, se considerara un incumplimiento. Todas las citas que se han cancelado se registrarán en el expediente del paciente.

Si el paciente está más de 15 minutos tarde de la cita que ya tenía prevista, se considerara que no cumplió con su cita.

Todas las citas incompletas se registraran en el expediente del paciente. Después de 2 citas que no se hayan cumplido durante un año, el paciente **no** será elegible para un tratamiento en la Clínica Dental del Condado de Stanly por un año entero. Estos pacientes solamente van hacer vistos si el proveedor define que es una emergencia durante el periodo de espera. Un nuevo examen va ser requerido antes de finalizar el tratamiento.

He leído el aviso de cancelación/ incumplimiento de citas y estoy de acuerdo en respetar estas condiciones.

Nombre del paciente: _____

Firma del padre/guardián legal: _____

La fecha: _____

**CLINICA DENTAL DEL CONDADO DE STANLY
FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: _____

¿El paciente alguna vez ha sido diagnosticado/a con un soplo en el corazón? Si/No ¿Cuándo? : _____

Nombre del doctor: _____ # de teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____

Correo electrónico del padre: _____

Persona de contacto alternativa: _____ Numero alternativo: _____

Relación al paciente: _____

Nombre de la escuela del paciente: _____

Raza:

- Indio Americano
- Americano de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
- Blanco
- Otro
- Hispano/Latino
- No se especifica o niego a especificar

Etnia:

- Hispano o Latino
- No-hispano/no-latino
- Niego a especificar

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Por favor someta una copia de su tarjeta de su seguro

Nombre de la compañía del seguro: _____

Nombre del principal del seguro: _____ Empleador: _____

Numero del seguro social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Número del grupo: _____ Identificación del subscriptor: _____

Yo, por este medio, autorizo el pago de los beneficios dentales que de otro modo se me pagarían directamente a la entidad dental mencionada anteriormente

Firma del padre/guardián

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE STANLY
CLINICA DENTAL
FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES PEDIATRICOS

1. Entiendo que me permitirán estar presente en el primer examen dental de mi niño. Para el examen dental y tratamiento de edad escolar yo me quedare en la sala de espera. La dentista determinara si es necesario que usted esté presente en el cuarto durante una cita de emergencia, eso dependerá de la conducta y edad del paciente. Los padres deben quedarse en la sala de espera durante el procedimiento dental del paciente.
2. Entiendo que el personal de la Clínica Dental usara respuestas apropiadas para la edad de mi hijo/a y ayudara a mi niño/a entender el tratamiento dental para que él/ella coopere durante el tratamiento dental. Las respuestas para guiar el comportamiento de mi hijo/a incluyen lo siguiente: demostrándoles aprecio, explicándoles el tratamiento y los instrumentos y usando un tono de voz variable y fuerte.
3. Entiendo que el tratamiento dental no puede ser seguro si mi hijo/a no coopera durante los tratamientos dentales (movimiento de cabeza, brazos y piernas). Esta conducta hará necesario que la asistente(s) dental(es) detengan las manos de mi hijo/a, estabilice(n) la cabeza de ella o él y controlen los movimientos de piernas. Un puntal de boca puede ser necesario para mantener la boca abierta de ella o el.
4. El riesgo usual o complicación de un tratamiento incluye pero no es limitado a la posibilidad de tener dolor o incomodidad durante o después de un tratamiento. Otros efectos secundarios que son raros incluyen: hinchazón, infección, sangrado, una lesión a un diente o a un tejido cercano, desarrollar dolor de la mandíbula, adormecimiento temporario o permanente y una reacción alérgica. La anestesia local que se usa durante un tratamiento puede causar una sensación de hormigueo en los labios, quijada, cachete, diente o encía, esto puede ser algo temporario o permanente. Si algunos de estos síntomas continúan contacte a nuestra oficina. Yo entiendo que el efecto de la anestesia local dura de 2 a 3 horas. Yo me responsabilizo a cuidar a mi hijo/a después de su tratamiento dental para que se reduzca el riesgo de que se muerda su labio, lengua o cachete. Si un antibiótico se le receta, yo entiendo que los antibióticos reducen la efectividad de contraceptivos orales (control de la natalidad), por eso se recomienda que use otras medidas de contraceptivos (control de la natalidad) mientras esté tomando antibióticos.
5. Yo doy permiso para cualquier tratamiento que la dentista crea necesario, incluyendo: limpiezas, tratamiento de fluoruro, radiografías, selladores, rellenos, coronas, extracciones y terapia de pulpa.
6. Yo entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar algo al plan de tratamiento por las condiciones que se encuentren mientras se está trabajando en un diente. Le doy permiso a la dentista que haga cualquier cambio necesario al tratamiento dental de my hijo/a. Entiendo que si un diente se necesita extraer o necesita una corana de plata el consentimiento se obtendrá antes del procedimiento. Si alguien más trae al niño/a aparte del padre a su cita dental se hará todo el esfuerzo para obtener consentimiento por teléfono.

7. Entiendo el plan de tratamiento de mi hijo/a que se me ha mostrado. Todas las opciones de tratamiento se me han explicado. Yo entiendo que el plan de tratamiento en el futuro puede cambiar dependiendo de la condición dental. Entiendo que si faltamos a las citas las caries de mi hijo/a pueden empeorar.

He leído y entendido la póliza antes mencionada y estoy de acuerdo en cumplir con la información presentada.

Nombre del paciente: _____

Firma del padre o guardián: _____

Fecha: _____

**Departamento de Salud del Condado de Stanly
Clínica Dental**

1000 North First Street, Suite 3
Albemarle, N.C. 28001
704-986-3845

CONSENTIMIENTO DEL OXIDO NITROSO

Yo, _____, como una persona
(Padre/Guardián Legal/Persona Autorizada)

legalmente responsable (el padre/guardián legalmente responsable) de:

(Nombre del paciente)

doy mi consentimiento para que el Doctor en la Clínica Dental del Condado de Stanly use el Óxido Nitroso/Oxígeno (gas hilarante, aire feliz) que considere suficiente para controlar la ansiedad de el niño nombrado anteriormente durante el tratamiento dental.

Me han informado que el Óxido Nitroso puede hacer que mi niño sienta “hormigueo” o piense que esta “en las nubes.” El Óxido Nitroso estará completamente fuera del sistema del paciente después de 2 a 3 minutos que respire el aire del cuarto. También, entiendo que raramente el paciente puede tener náusea; es una reacción adversa que causa el Óxido Nitroso.

Entiendo que yo o una persona autorizada debemos permanecer en la oficina durante el procedimiento del niño.

He leído este consentimiento y entiendo, a mi satisfacción los procedimientos necesarios que van hacer realizados y los riesgos implicados.

La persona legalmente responsable (padre/guardián) _____
(Firma)

(Imprima su nombre)

(Fecha)

Testigo: _____

Last Name First Name MI

**AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE
PRIVACIDAD**

Patient record#: _____

Date of Birth: ____/____/____

Firmando abajo, estoy reconociendo eso:

Soy del paciente el representante personal paciente o;

He recibido una copia **del aviso de procedimientos de privacidad para** _____

Departamento de la salud del condado/del distrito; y

Entiendo que puedo entrar en contacto con a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

Firma del paciente o del padre/del guarda legal/de la persona legalmente responsable Fecha

Descripción de la relación al paciente

TO BE COMPLETED BY STAFF

Complete all applicable parts—Please refer to instructions

Part 1. Complete if signature requested but not obtained:

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient's personal representative for the following reason:

Patient/personal representative refused to sign form

Other _____

Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:

Form mailed/sent to patient/personal representative on _____
Date

Part 3. Complete if either Part 1 or Part 2 completed:

Signature of staff member Date



Agencia de Servicios Humanos del

Condado de Stanly

1000 North First Street, Suite 3
Albemarle, NC 28001
Número telefónico (704) 982-9171
Número de fax (704) 982-8354
www.stanlycountync.gov

G. David Jenkins, MPA
Health & Human Services Director

Dolly Huffman Clayton, MSW, LCSW
Social Services Director/Assistant
Health & Human Services Director

DECLARACION PARA LOS PACIENTES: SOBRE LA COLECCION Y EL USO DEL NUMERO DEL SEGURO SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE STANLY

El Departamento de Salud del Condado de Stanly les pide a todos los pacientes que proporcionen el número de seguro social, para que podamos tener un medio de identificar únicamente a cada paciente. La provisión de su seguro social es voluntaria. Su número de seguro social se mantendrá confidencial en acuerdo con las leyes estatales y federales para proteger la privacidad de su información de salud.

El Departamento de Salud del Condado de Stanly está legalmente autorizado a coleccionar y usar el número de seguro social del paciente para los siguientes objetivos:

- Para determinar si los pacientes son presuntamente elegibles para recibir el Medicaid (10ANCAC 22K.0102)
- Para ver si están participando en el programa gubernamental de deudas (G.S. 105A-3)
- Las siguientes actividades, requieren un identificador obligatorio para el desempeño de las responsabilidades y deberes legales que El Departamento de Salud del Condado de Stanly debe seguir (G.S. 132-1.10)
 1. Únicamente identificar los archivos médicos
 2. Tener acceso o mandar el reclamo de la factura al sistema de seguros
 3. Sumisión de especímenes al laboratorio estatal de salud publica
 4. Programa de proyección del recién nacido
 5. Investigación y control de enfermedades transmisibles y otras amenazas publicas
 6. Registro de Inmunización de Carolina del Norte
 7. Programa sobre el cáncer del seno y cáncer cervical
 8. Poner en orden la participación de los pacientes cuando “compran un programa de salud,” el cual ayuda a pagar los cuidados médicos
 9. Vigilancia sobre la salud publica

Firma del paciente

Fecha

Consentimiento para la comunicación de Internet

Doy permiso a la Clínica Dental del Condado de Stanly de subir y guardar mi información confidencial (incluyendo información de cuenta, información de citas e información clínica) al sitio web que es seguro para la práctica dental. Yo entiendo que por seguridad el sitio requiere una identificación de usuario y un código de acceso secreto para tener acceso y usarlo.

También, yo entiendo la práctica dental y yo soy responsable de mantener estrictamente la confidencialidad de mi identificación de usuario y código de acceso secreto que se me otorgara y que la practica dental no es responsable de cualquier cambios, daños, o perdidas que puedan ocurrir o sufrir por el resultado de un descuido mío por no mantener la confidencialidad. Yo entiendo que la practica dental no es responsable por ningún daño relacionado a un robo de mi identificación de usuario o código secreto, la divulgación de my identificación de usuario o código secreto, o mi autorización que permitirá que otra persona o identidad tenga acceso y use el sitio web de la practica dental con mi identificación de usuario o código secreto.

También, yo estoy de acuerdo que inmediatamente notificare a la práctica dental de cualquier uso no autorizado de mi identificación de usuario o de cualquier otra necesidad que se requiera desactivar mi identificación de usuario por preocupaciones de seguridad.

También, yo entiendo las leyes estatales y federales, como también la ética y requisitos de licenciatura que imponen las obligaciones respecto a la confidencialidad del paciente que puede limitar la habilidad del uso de ciertos servicios o transmitir cierta información a terceros partidos. Yo entiendo que la practica dental representara y garantizara que ellos, a cada momento durante el termino de este acuerdo y después, cumplirá con todas las leyes directamente o indirectamente aplicables que pueda horita o después gobiernen el obtener, usar, transmitir, procesar, recibir, reportar, divulgar, mantener, y guardar mi información y usar su mejor esfuerzo de causar que todas las personas o identidades bajo su dirección o control siga cumpliendo con su dicha leyes. Estoy de acuerdo que la práctica dental tiene el derecho de monitorear, ver, guardar, subir y usar mi información en conexión con la operación de su dicho servicio, y está actuando en mi favor en subir mi información de paciente. Yo

entiendo que la practica dental usara comercialmente con esfuerzo razonable el mantener toda la información del paciente que se ha subido al sitio web en mi favor se mantenga confidencial. Yo entiendo que la practica dental NO PUEDE Y NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR MI USO O MAL USO DE LA INFORMACION DEL PACIENTE O DE OTRA INFORMACION TRANSMITIDA, MONITORIADA, GUARDADA, SUBIDA O RECIVIDA USANDO EL SITIO O OTROS SERVICIOS.

Yo he leído la información su dicha referente a la seguridad de subir información del paciente al sitio web de la práctica dental, y doy mi permiso a la práctica dental que con seguridad suban mi información al sitio web.

Nombre del paciente, padre, guardián que completo esta forma:

Parentesco al paciente: