

Dr. Ledenyi le da la bienvenida a Clayton Pediatric Dentistry!

Nos enfocamos en prevención! Nuestra meta es crear una experiencia dental agradable para todos y para enseñar a su hijo costumbres orales que ayudarán a mantener su sonrisa saludable y hermosa para toda la vida! Por favor, háganos saber de cualquier preocupación especial que usted o su hijo pueda tener. Para asegurarse de que la experiencia sea buena, y recortar el tiempo de espera, necesitamos su comprensión y cooperación con los siguientes:

- Es imperativo que usted (como el padre/madre/tutor legal) permanezcan en la oficina durante toda la cita dental. Creemos firmemente que la mejor atención sólo se puede brindar cuando trabajamos en estrecha colaboración. Un padre legal / tutor debe acompañar a su hijo a nuestras citas con el dentista. Si es que hay circunstancias inusuales donde usted no puede atender, por favor hable con nosotros tan pronto como sea posible. Una vez que se establece un plan de tratamiento, puede ser posible que alguien más pueda transportar a su hijo para una visita. Existen procedimientos específicos para permitir que esto sea posible, y deberán ser atendidos antes de la hora de la cita.
- Coordinamos el cuidado y compartimos información de acuerdo con las políticas de HIPAA. Por favor, asegúrese de haber leído nuestro aviso de prácticas de privacidad, publicado en nuestra área de espera y de obtener una copia en papel para sus registros personales si desea uno. Tenga la siguiente documentación importante con usted:
 - Identificación fotográfica del padre/madre/tutor legal de quien asistirá a la cita
 - Tarjeta de Seguro dental para la verificación de sus beneficios dentales.
 - Las copias de todos los documentos legales que brindan la custodia, la tutela, adopción, cuidado de custodia o privilegios legales que demuestran que usted es la persona legalmente autorizada para tomar decisiones de tratamiento.
- El pago se espera en el momento del servicio. Es su responsabilidad de ser plenamente conscientes de los términos del seguro dental de su hijo. Cualquier co-pago, o balance es la responsabilidad de la persona que se presente con el niño para el tratamiento. Asegúrese de revisar nuestra política financiera. Por favor, háganos saber si usted tiene preguntas o preocupaciones.
- Como cortesía, podemos usar llamadas telefónicas o comunicaciones electrónicas. Deberíamos dejar / enviar un mensaje, por favor, responda para que podamos discutir información importante con usted. De vez en cuando, las políticas o la situación de su hijo pueden cambiar. Si sus servicios de comunicación han sido desconectados o cambiados, por favor contáctenos con la nueva información..
- Si necesita cancelar una cita, por favor denos aviso con 24 horas de antemano. Si no da aviso con 24 horas de antemano, se considerará una cita rota. Dos citas rotas dentro de un año resultara en inactivación de los archivos de su hijo y hermanos. Una vez que esto suceda, necesitarán un nuevo hogar dental. Podemos considerar la reactivación en determinadas circunstancias, y a discreción de la administración. Nuestras citas son limitadas y queremos ayudar a los que están esperando ser vistos. Su llamada nos ayudara a ayudar a los niños.
- Dr. Ledenyi es un Diplomado de la Junta Americana de Odontología Pediátrica. Ofrecemos un enfoque conservador al cuidado progresivo con tecnología avanzada en una oficina que apoya y se enfoca en los niños. Como especialistas, pueden planear el tratamiento de manera diferente que los dentistas generales. Citas para pacientes nuevos incluye, responder a sus inquietudes, un examen, detección del cáncer oral, evaluación de riesgo de caries, instrucciones de higiene, imágenes intra-orales, consejos sobre nutrición. Si es necesario, su hijo tendrá una limpieza, tratamiento de fluoruro, consejo sobre el uso de tabaco y radiografías. Se hacen recomendaciones para responder a las preocupaciones especiales que tenga sobre su hijo.
- Falta de tratamiento dental dentro de un año cerrará el archivo de su hijo y no será considerado un paciente actual. Si esto sucede, por favor llámenos cuando esté listo para de nuevo comenzar el cuidado dental de su hijo. Estamos encantados de responder a cualquier pregunta que usted pueda tener acerca del cuidado dental de su hijo y los servicios que ofrecemos. Esperamos trabajar con usted a favor de su niño!

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Póliza Financiera de Clayton Pediatric Dentistry

Gracias por elegirnos como el hogar dental para su hijo. **El bienestar bucal de su niño es nuestra mayor preocupación.** Para evitar posibles malentendidos, le proveemos nuestra póliza financiera, la cual aplica a todos los pacientes que traiga a CPD. ¿Preguntas o preocupaciones? Por favor Pregunte.

El Pago se realiza al tiempo que se brinden los servicios. Efectivo, Cheques, y todas las tarjetas de crédito principales son aceptados. Están disponibles aplicaciones para nuestras compañías de finanza para pacientes, Care Credit y BeWell.

También ofrecemos nuestro servicio de plan de descuento en casa, smile savers, para los que no tienen seguro dental.

Marque con iniciales a continuación mostrando que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

_____ Padres o Guardianes legales quienes acompañen a niños menores serán responsables de los cargos incurridos ese día. Garantes (personas quienes firman este acuerdo) serán responsables de los saldos de la cuenta familiar.

_____ Todos los Cargos son su responsabilidad, si su compañía de seguro paga o no. Algunos servicios no son beneficios cubiertos. Su empleador elige coberturas, servicios, y cuanto paga su seguro. Verifique cobertura dental antes de su cita. Nosotros estimamos el costo fuera-de-bolsillo para usted, dado la información disponible en ese momento. Su compañía de seguros determina cuanto se paga cuando se presente su reclamo, cual puede cambiar a cualquier hora y no es asegurado. **Últimamente, usted es responsable de cualquier saldo no pagado por su seguro.**

_____ Conozca bien los beneficios y limitaciones de su plan de seguro para evitar sorpresas. Su plan de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, no nosotros. Ofrecemos asistencia navegando los beneficios de su seguro pero no podremos asegurar la exactitud o resultados. Para más información sobre sus beneficios y limitaciones de su plan, comuníquese con su compañía de seguros y el departamento de recursos humanos de su empleador.

_____ Archivamos el reclamo a su nombre. Todos los pagos de beneficio de seguro serán asignados directamente a CPD. Usted autoriza a CPD a compartir información con su compañía de seguros y sus asociados relacionada con la cita de su niño y su condición bucal. Con la asignación de beneficios, si se le envía el pago, nos lo remitirá dentro de los 10 días. Si no se asignan los pagos de beneficios, se requiere el pago completo al momento del servicio.

_____ Las cuentas se revisan mensualmente. Los saldos de cuenta mayores de 30 días pueden estar sujetos a tarifas y cobros. Se puede agregar un cargo financiero mensual del 1.5% a su cuenta en saldos impagos. Si su cuenta va a cobros, puede incurrir en una tarifa de cobro del 35% y puede ser despedido de nuestra oficina. Cuando no se cumplen los saldos impagos o los arreglos de pago, podemos ver a su hijo solo en caso de emergencia, por un tiempo limitado.

_____ Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo y necesitamos que nos lo comunique. Con gusto trabajaremos con usted lo mejor que podamos. Nuestro objetivo es ayudar a su hijo a estar sano. Queremos continuar una buena relación con usted mientras trabajemos juntos en asuntos financieros.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta póliza financiera

_____ Nombre Escrito del Garante

_____ Firma del Garante

_____ Fecha

_____ Testigo

_____ Fecha

Información del Paciente

Paciente/Hijo/a: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Apodo del paciente/Nombre Preferido: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Número de seguro social#: _____ Escuela: _____

Domicilio de casa: _____

Diferente Dirección para correo? _____

Dirección de Correo: _____

¿Quién lo refiero/**Como escucho sobre nosotros?** _____

contactos de Emergencias aparte de los padres/tutores legales (para contactarnos en una emergencia, perdida de comunicación):

1) _____ Teléfono: _____

2) _____ Teléfono: _____

Proveedores de Cuidado

Pediatra: _____ Teléfono: _____

Otros Medicos, Dentistas, Therapistas involucrados con el cuidado de su niño.

Nombre : _____ Teléfono: _____

Nombre : _____ Teléfono: _____

Nombre : _____ Teléfono: _____

Padre Legal/Información de Guardián: Padres de nacimiento y/o deben mantener custodia legal

Padre 1: **Circule:** Madre/Padre Madrastra/Padrastro Guardián Legal Otro: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Numero de Licencia de conducir #: _____ Estado Emitido: _____

Dirección si es diferente del niño/a: _____

Padre 2: **Circule:** Madre/Padre Madrastra/Padrastro Guardián Legal Otro: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Número de Licencia de conducir: _____ Estado Emitido: _____

Dirección si es diferente del niño/a: _____

Información del Seguro Primario

Dental: _____

Medico: _____

Información del Seguro Secundario

Dental: _____

Medico: _____

Consentimiento para el uso de imágenes

Yo, _____, estoy de acuerdo en que Laszlo Ledenyi, DDS, PA / Clayton Pediatric Dentistry puede usar

Las imágenes, representaciones, palabras o imágenes de mi / mi hijo en materiales educativos y / o promocionales. Estos materiales pueden incluir, entre otros,

- fotos educativas / promocionales, video, entrenamiento y materiales educativos
- Internet / sitios de web
- folletos de la práctica, camisetas, pantallas.

Entiendo que

- No seré compensado financieramente o de ninguna otra manera por el uso de la semejanza de mi / mi niño.
- No se utilizará el apellido de mi / mi hijo (a) sin mi permiso.
- Siempre que sea posible, la identidad de mi / de mi niño será oscurecida en estas imágenes.

Por mi firma a continuación, confirmo que

- El Dr. Laszlo Ledenyi, DDS o su representante me ha explicado la forma en que se utilizará la imagen de mi / mi hijo (s).
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este uso.
- Todas mis preguntas han sido contestadas y
- Yo autorizo y consiento el uso de la imagen de mi / mi hijo (s) de la manera indicada arriba. La revocación del consentimiento debe ser por escrito y se aplica a partir de la fecha recibida.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del padre / Tutor legal

Relación

Clayton Pediatric Dentistry

Reconocimiento de Recibo de Prácticas de Privacidad

Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento

He recibido y revisado una copia de nuestras políticas y procedimientos de notificación de privacidad, seguridad y violación de prácticas dentales.

Entiendo que debo preguntarle a nuestro funcionario de Privacidad de prácticas dentales si tengo alguna pregunta sobre estas políticas y procedimientos.

Nombre Imprimido: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para Uso de la Oficina Solamente

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, But acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Other (Please Specify):

Consentimiento para usar comunicaciones electrónicas

Reconozco que he leído y entiendo completamente los riesgos, las limitaciones, las condiciones de uso y las instrucciones para el uso de los servicios de comunicaciones electrónicas seleccionados que se describen más detalladamente en el Apéndice de este formulario de consentimiento. Comprendo y acepto los riesgos descritos en el Apéndice de este formulario de consentimiento, asociados con el uso de los Servicios en las comunicaciones con Clayton Pediatric Dentistry. Acepto las condiciones y seguiré las instrucciones descritas en el Apéndice, así como cualquier otra condición que el médico pueda imponer a las comunicaciones con los padres / pacientes que utilizan los Servicios.

Reconozco y entiendo que, a pesar de las recomendaciones de que el software de cifrado se utilice como un mecanismo de seguridad para las comunicaciones electrónicas, es posible que las comunicaciones con el médico o el personal médico que utiliza los Servicios se cifren o no. A pesar de esto, estoy de acuerdo en comunicarse con Clayton Pediatric Dentistry utilizando estos Servicios con una comprensión completa del riesgo.

Reconozco que yo o Clayton Pediatric Dentistry pueden, en cualquier momento, retirar la opción de comunicarse electrónicamente a través de los Servicios mediante notificación por escrito que surtirá efecto con la recepción, excluyendo las comunicaciones anteriores. Cualquier pregunta que tuve fue contestada.

Clayton Pediatric Dentistry se ha ofrecido a comunicarse utilizando estos medios de comunicación electrónica ("los Servicios"). Mis preferencias se indican a continuación seleccionando / escribiendo "sí" o "no":

(Si/No) Email	(Si/No) Portal de Pacientes/ Sitio de web	(Si/No) Videoconferencia (incluso Skype®, FaceTime®)
(Si/No) Mensajería de texto (incluida la mensajería instantánea)		(Si/No) *Medios sociales (especifica):
(Si/No) Teléfono Mensajes que se pueden dejar sobre (por favor circule) citas/dental/medico/cuentas/seguro.		

* Clayton Pediatric Dentistry No usará las redes sociales para información de la salud, la cuenta, las finanzas, o información del seguro.

Excepto como se indicó anteriormente para los medios sociales, la descripción específica de la información del paciente que se va a utilizar o divulgar:

(Si/No) Citas	(Si/No) Dental	(Si/No) Medico	(Si/No) Cuenta	(Si/No) Seguro
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Nombre del Paciente:

Dirección del paciente:

Número telefónico del padre/tutor legal:

Número telefónico móvil del padre/tutor legal:

Email del padre/tutor legal (si corresponde):

Otra información de cuenta necesaria para comunicarse a través de los Servicios (si corresponde):

Firma del Padre/Tutor Legal:

Fecha:

Firma del Testigo:

Fecha:

Apéndice: Riesgos del uso de las comunicaciones electrónicas

Clayton Pediatric Dentistry (en adelante "CPD") usará medios razonables para proteger la seguridad Y confidencialidad de la información enviada y recibida usando los Servicios ("Servicios" se define en el Consentimiento para Usar Comunicaciones Electrónicas adjunto). Sin embargo, debido a los riesgos descritos a continuación, CPD no puede garantizar la seguridad y la confidencialidad de las comunicaciones electrónicas:

- El uso de comunicaciones electrónicas para discutir información confidencial puede aumentar el riesgo de que dicha información sea revelada a terceros.
- A pesar de los esfuerzos razonables para proteger la privacidad y la seguridad de la comunicación electrónica, no es posible asegurar completamente la información.
- Los empleadores y los servicios en línea pueden tener el derecho legal de inspeccionar y mantener las comunicaciones electrónicas que pasan a través de su sistema.
- Las comunicaciones electrónicas pueden introducir malware en un sistema informático y potencialmente dañar o interrumpir el equipo, las redes y la configuración de seguridad.
- Las comunicaciones electrónicas pueden ser transmitidas, interceptadas, circuladas, almacenadas o incluso modificadas sin el conocimiento o permiso de CPD o del padre / tutor legal.
- Incluso después de que el remitente y el destinatario hayan eliminado copias de las comunicaciones electrónicas, pueden existir copias de respaldo en un sistema informático.
- Las comunicaciones electrónicas pueden ser reveladas de acuerdo con un deber de informar o una orden judicial.
- La videoconferencia que utiliza servicios como Skype o FaceTime puede estar más abierta a la interceptación que otras formas de videoconferencia.

Si el correo electrónico o el texto se utiliza como una herramienta de comunicación electrónica, los siguientes son riesgos adicionales:

- El correo electrónico, los mensajes de texto y los mensajes instantáneos pueden ser más fácilmente desviados, lo que resulta en un mayor riesgo de ser recibido por destinatarios no deseados y desconocidos.
- El correo electrónico, los mensajes de texto y los mensajes instantáneos pueden ser más fáciles de falsificar que las copias impresas manuscritas o firmadas. No es posible verificar la verdadera identidad del remitente, ni asegurarse de que sólo el destinatario puede leer el mensaje una vez que ha sido enviado.

Condiciones de Uso de los Servicios

- Aunque CPD intentará revisar y responder oportunamente a su comunicación electrónica, CPD no puede garantizar que todas las comunicaciones electrónicas serán revisadas y respondidas dentro de un período de tiempo específico. Los Servicios no se utilizarán para emergencias médicas u otros asuntos que afecten al tiempo.
- Si su comunicación electrónica requiere o invita a una respuesta de CPD y no ha recibido una respuesta dentro de un período de tiempo razonable, es su responsabilidad de seguir para determinar si el destinatario recibió la comunicación electrónica y cuándo el destinatario responderá.
- La comunicación electrónica no es un sustituto adecuado de la comunicación en persona o por teléfono o de los exámenes clínicos, cuando proceda, ni de la asistencia al servicio de urgencias cuando sea necesario. Usted es responsable del seguimiento de la comunicación electrónica de CPD y de la programación de las citas cuando así lo amerite.

Apéndice, continuación.....

- Las comunicaciones electrónicas relacionadas con el diagnóstico o tratamiento pueden ser impresas o transcritas íntegramente y forman parte de su expediente médico. Otras personas autorizadas a acceder al expediente médico, como el personal y el personal de facturación, pueden tener acceso a esas comunicaciones.
- CPD puede enviar comunicaciones electrónicas al personal ya los que participan en la entrega y administración de su atención. CPD podría utilizar uno o más de los Servicios para comunicarse con los involucrados en su cuidado. El Médico no enviará las comunicaciones electrónicas a terceros, incluidos los miembros de la familia, sin su previo consentimiento por escrito, excepto según lo autorizado o requerido por la ley.
- Usted y CPD no utilizarán los Servicios para comunicar información médica sensible sobre los asuntos especificados a continuación, a menos que se indique "Si":

(Si/No) Enfermedad de transmisión sexual

(Si/No) SIDA/VIH

(Si/No) Salud Mental

(Si/No) Discapacidad del Desarrollo

(Si/No) Abuso de sustancias

(Si/No) Otro (Especifica):

- Usted acepta informar a CPD de cualquier tipo de información que no desee enviar a través de los Servicios, además de los establecidos anteriormente. Puede agregar o modificar la lista anterior en cualquier momento notificando a CPD por escrito.
- Algunos servicios no pueden ser utilizados con fines terapéuticos o para comunicar información clínica. Cuando sea aplicable, el uso de estos Servicios se limitará a la educación, la información y los propósitos administrativos.
- CPD no es responsable de la pérdida de información debido a fallas técnicas asociadas con su software o proveedor de servicios de Internet.

Instrucciones para la comunicación utilizando los Servicios

Para comunicarse utilizando los Servicios, debe:

- Limitar razonablemente o evitar el uso de la computadora de un empleador u otro tercero.
- Informar oportunamente a CPD de cualquier cambio en la dirección de correo electrónico, número de teléfono móvil u otra información de la cuenta del padre / tutor legal necesaria para comunicarse a través de los Servicios

Apéndice, continuación.....

Si los Servicios incluyen correo electrónico, mensajería instantánea y / o mensajería de texto, se aplica lo siguiente:

- Incluya en la línea de asunto del mensaje una descripción apropiada de la naturaleza de la comunicación (por ejemplo, "renovación de la receta") y su nombre completo en el cuerpo del mensaje.
- Revise todas las comunicaciones electrónicas para asegurarse de que están claras y que toda la información pertinente se proporciona antes de enviarlo a CPD.
- Asegúrese de que CPD es consciente cuando recibe una comunicación electrónica de CPD, por ejemplo, mediante un mensaje de respuesta o permitiendo que se envíen "recibos de lectura".
- Tome precauciones para preservar la confidencialidad de las comunicaciones electrónicas, como el uso de protectores de pantalla y la protección de contraseñas de equipo.
- Retirar el consentimiento sólo por correo electrónico o comunicación escrita a CPD.
- Si usted o su hijo requieren asistencia inmediata, o si la condición de su hijo parece grave o empeora rápidamente, no debe confiar en los Servicios. Por el contrario, debe llamar a la oficina de CPD o tomar otras medidas apropiadas, como ir al Departamento de Emergencia más cercano o a la clínica de atención de urgencia.
- Otras condiciones de uso además de las indicadas anteriormente: (padre / tutor legal a la inicial)

He revisado, entendido y aceptado los riesgos, condiciones e instrucciones descritos en este Apéndice:

Nombre del padre / tutor legal (imprimir): _____

Firma del padre / tutor legal _____

Fecha: _____

170801

200101