

Información del paciente

Chart # _____ Initials _____

Updated _____

Información del niño
 Fecha _____
 Nombre del paciente _____
 Sobrenombre _____
 Hombre Mujer
 Fecha de nacimiento del paciente _____ Edad _____
 Dirección del paciente _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____
 Número de casa del paciente _____
 Escuela _____

Donde escuchaste acerca de nosotros?
 Revista Radio Cartelera En línea
 Periódico Televisión Evento local
 Referido? Si es así, ¿quién? _____

¿Quién está completando esta información?
 Nombre _____
 Relación al paciente _____
 ¿Tiene custodia legal de este niño? Sí No
 Si no, por favor demuestre trámites legales

Información de la madre
 Madre biológica Madrastra Guardian
 Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de casa _____ Número de celular _____
 Número de trabajo _____ Extensión _____
 Empleador _____
 Correo electrónico _____
 Número social _____

Información de seguro dental
 ¿Su niño tiene seguro dental? Sí No
 Por favor de dar todas las tarjetas de seguro a la recepcionista
 Nombre de la compañía de seguro _____
 Dirección de la compañía de seguro _____
 Número de teléfono de la compañía de seguro _____
 Número de grupo _____
 Número de miembro _____
 Nombre del titular del seguro / Relación con el paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ Número social _____
 Empleador _____

Información del padre
 Padre biológico Padrastra Guardian
 Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de casa _____ Número de celular _____
 Número de trabajo _____ Extensión _____
 Empleador _____
 Correo electrónico _____
 Número social _____

Si el paciente no tiene seguro dental, como planea en pagar?
 Efectivo Cheque Visa MasterCard Care Credit

Estado civil del padre/madre:
 Casado Divorciado(a) Separado(a) Soltero(a) Viudo(a)

Consentimiento Para Acuerdos De Tratamiento
 Yo doy solicitud y consentimiento a la a realización de tratamiento integral dental por el dentista tratante y su personal. Además autorizo cualquier radiografías necesarias y fotografías necesarias para el diagnóstico y tratamiento de la condición dental de mi niño.
 Tratamiento integral dental y procedimientos incluyen examinación, limpieza dental, aplicación de fluoruro, restauraciones (empaste), corona de dientes, tratamiento endodóntico (tratamiento del nervio del diente), extracciones, y mantenedores de espacio. Reconozco que el tratamiento dental para niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento, ayudándoles a comprender el tratamiento en condiciones adecuadas para su edad, y proveer de un medio ambiente que podría ayudar a los niños a aprender a cooperar durante el tratamiento.

Firma de Padre/Guardián **Fecha**

Yo certifico que las preguntas anteriores han sido contestadas a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que proporcionando la información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño. También es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi niño. Doy autorización para que el dentista libere cualquier información que incluye el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi niño durante el periodo de dicha atención dental a los terceros pagadores y / o a los profesionales de salud.
 Yo autorizo y solicito mi compañía de seguro(s) a pagar directamente a los beneficios de seguro del dentista, de otro modo seré yo el pagador. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios rendidos en mi o en mis dependientes. También autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales necesarios que mi niño pueda necesitar.

Firma de Padre/Guardián **Fecha**

Información de salud

Chart # _____ Initials _____

Updated _____

SOLAMENTE Nuevos Pacientes

El motivo el niño está aquí hoy _____

Esta es la primera visita dental de su niño? Si No

Fecha de la última visita _____

¿Tu hijo(a) ha tenido una experiencia inagradable en una oficina dental?

Si No Si es si, por favor explique _____

Dentista anterior de su niño _____

¿Su niño rechina los dientes? Si No

¿Su niño se chupa el dedo? Si No

Si su niño uso un biberón, ¿a qué edad se lo suspendió? _____

¿Su niño ronca o tiene apnea del sueño? Si No

¿Es su niño un "respirador de boca?" Si No

Información Medical

Nombre de doctor _____

Está su niño:

¿Bajo el cuidado de otro doctor en este tiempo?

No Si - ¿Cuándo/Porque? _____

¿Las vacunas de su niño están al corriente?

No Si

¿Actualmente está tomando algún medicamento (con receta o sin receta)?

No Si - ¿Que? _____

Su niño ha:

¿Sufrido reacciones desfavorables a algún medicamento?

No Si - ¿Que? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) o a tenido cirugía?

No Si - ¿Por o para que? _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión seria en la cabeza o el cuello?

No Si - ¿Que? _____

¿Alguna vez se ha quejado de molestias de la ATM (dolor mandibular)?

No Si

Alergias

¿Es el niño alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal

Latex Los anestésicos locales Sulfamidas

Otros (incluidos los alimentos / materiales / colorantes) _____

¿Está en dieta especial?

No Si - ¿Qué tipo? _____

Historia Medical

¿Alguna vez el paciente fue diagnosticado con cualquiera de los siguientes?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/TDAH | <input type="checkbox"/> Cortisona | <input type="checkbox"/> Nutricional deficiencias |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Medicaciones | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Gota | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> La enfermedad paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> La epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> La enfermedad paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Mareo / vértigo | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Frecuente dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Daño cerebral | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón / enfermedad | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> VIH + / SIDA | <input type="checkbox"/> Estómago / Enfermedad intestinal |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia / Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> La urticaria / erupción | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> La hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Labio/paladar hendido | <input type="checkbox"/> El hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial / fiebre ampollas | <input type="checkbox"/> El hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Tumores / Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Corazón congénito | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Trastorno | <input type="checkbox"/> Problema de riñón | <input type="checkbox"/> ¿Cualquier otra condición o enfermedad grave no listada anteriormente? |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Leucemia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Trastorno mental | _____ |

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento, que las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o la salud de mi niño. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi salud o la de mi niño.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Reconocimiento Del Aviso De Las Prácticas Sobre Privacidad Y Consentimiento

He recibido y / o revisado una copia de aviso de Prácticas de Privacidad de Leap Kids Dental.

*Usted puede negarse a firmar este reconocimiento. *Tenga en cuenta que al no firmar, afectaría nuestra capacidad para presentar reclamaciones de seguros en su nombre. Esta acción podría requerir el pago en su totalidad en el momento del servicio.

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha

El consentimiento del acompañante del niño

Yo autorizo a las siguientes personas para actuar como designados representantes de atención de salud con los que la información de mi niño puede ser discutido. También autorizo y doy consentimiento para que los siguientes personas puedan llevar a mi niño a las visitas al dentista y tomar decisiones de tratamiento en mi nombre.

(En las líneas abajo, liste nombres Y la relación de cualquier otra persona que puedan llevar a su niño a las visitas dentales y tomar decisiones de tratamiento.)

Marque aquí si ninguna otra persona puede llevar su niño a las visitas dentales.

Nombre Completo de la Persona

Relación

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha

Autorización para Modelo de Foto y Video

Por la presente, otorgo el equipo dental de Leap Kids Dental el derecho absoluto y irrevocable derecho y el permiso sin restricciones para usar fotos / videos tomados de mi o en el que se incluyen con los demás, y al uso, reutilización, publicar y volver a publicar el mismo en su totalidad o en parte, de forma individual o conjuntamente con otras fotos / vídeos y en conjunción con cualquier medio ahora o en el futuro conocidas y para cualquier propósito para las ilustraciones, promoción, arte, editorial, publicidad, y el comercio o cualquier otro propósito sin restricción.

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha

Póliza de Colecciones

Usted está de acuerdo, para que podamos dar servicio a su cuenta o cobrar cualquier monto que usted nos pueda deber, podemos llamar a cualquier numero de telefono asociado a su cuenta, incluidos los números de teléfono móvil, lo que podría resultar en cargos a usted. También podemos comunicarnos con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos a su número o dirección de correo electrónico inalámbrico. Métodos de contacto pueden incluir el uso de una voz pregrabado / artificial y / o el uso de un dispositivo de marcación automática. Estas autorizaciones seguirán siendo en efecto hasta que sea retirado de forma individual por usted por escrito a nuestras instalaciones y / o cualquiera otro individuo a cual la autorización se le ha sido extendido. He leído esta descripción y estoy de acuerdo que Leap Kids Dental o agencia de colección afiliados pueden comunicarse conmigo como se ha descrito anteriormente.

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha



Affiliate of  RockDental
BRANDS

Nos complace que haya hecho una cita para su niño para cuidado de importancia de salud oral. Visitas regulares al dentista son cada 6 meses, incluyendo los exámenes, limpiezas, tratamientos con fluoruro, selladores dentales, empastes, y son importantes para mantener los dientes sanos. Es especialmente importante que usted mantenga su cita! Valioso tiempo se ha reservado para el cuidado de su niño. Citas perdidas resultan en tiempo perdido que pudo haber sido usado para otro paciente en espera para recibir tratamiento. Se hace todo lo posible para mantener el calendario previsto por lo que respetuosamente se le pide a los pacientes a ser puntuales y a mantener sus citas. La oficina intentará programar citas a su conveniencia y cuando se dispone el tiempo.

Por favor tome un momento para familiarizarse con nuestra póliza de citas. ¡Gracias!

Las Citas Rotas / Perdidas

La cita de su niño es reservada específicamente para ellos. Tratamos de recordar a los pacientes por teléfono antes de la cita, **pero por favor, no dependa de esta cortesía.** Si la cancelación es inevitable, por favor llame a la oficina al menos 48 horas de anticipo para así otorgar la cita de su hijo(a) a otro paciente. Si no se cancela la cita de su hijo(a) con mas de 48 horas de anticipo o si no lleva a su niño a la cita, vamos a considerar que se trata de una cita rota / pérdida. **Si se producen 2 citas rotas, nuestra oficina se reserva el derecho de no programar ninguna de las visitas posteriores para su hijo.** Si varios niños fueron programados en el mismo día y las citas se rompen, reservamos el derecho para programar un solo hijo por día.

De vez en cuando, enfermedades de los niños u otras emergencias inesperadas hacen que sea necesario para cancelar una cita con menos de 48 horas de aviso. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina inmediatamente y haremos todo lo posible para acomodar su situación

Las Llegadas Tardes

Si llega mas de 10 minutos tarde a la cita de su hijo, se le puede pedir que re programe para la próxima cita disponible. Una vez más, por favor llame al menos 48 horas de anticipo si la cancelación es inevitable.

Los Retrasos de Citas

Nos esforzamos para ver todos los pacientes en tiempo para su cita programada. Hacemos todo lo posible para permanecer a tiempo. Además, hay momentos en que nuestro programa se retrasa con el fin de dar cabida a un niño lesionado o una emergencia. Por favor, acepte nuestras disculpas de antemano si esto ocurre durante la cita de su niño. Nosotros le proporcionamos la misma cortesía si su hijo está en necesidad de tratamiento de emergencia. Le pedimos que si a su hijo(a) no se le a llamado en el tiempo adecuado a su cita, porfavor notifique a un miembro del personal.

Un padre o guardián legal (con documentación oficial) debe estar presente en la oficina durante el examen inicial y / o cualquier cita de restauración.

Para la seguridad y la privacidad de todos los pacientes, otros niños que no están siendo tratados deben permanecer en la sala de recepción con un adulto supervisor.

He leído y entendido la póliza de citas de Leap Kids Dental.

Firma del Padre/Guardián

Nombre del niño (o niños)

Fecha

 leapkidsdental.com

1-844-LEAPKID

Póliza de Texto y correo Electrónico

Leap Kids Dental puede enviarte recordatorios de citas e información general por correo electrónico y/o por mensaje de textos. Si desea recibir comunicaciones por correo electrónico o texto en el futuro, lea y firme el consentimiento.

Consentimiento para correo electrónico y/o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones:

Puede ser contactado por correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo y para proporcionar recordatorios de tratamiento generales e información sobre nuestros productos y servicios. Al firmar, usted acepta recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información por correo electrónico y/o mensaje de texto de parte de nuestra oficina que sea enviada a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que nos proporcione. Cualquier correo electrónico o mensaje de texto que enviemos no puede estar encriptado ni protegido de otra manera y puede ser interceptado por un tercero. Al firmar este consentimiento, usted asume el riesgo de que la información contenida en dicha comunicación sea interceptada. No le cobraremos por enviar mensajes de texto o correos electrónicos, pero es posible que se le apliquen cargos con su proveedor de teléfono. Entiendo que recibiré correos electrónicos y/o mensajes de texto para todos los recordatorios de citas y las comunicaciones/información enviadas por su oficina en el futuro, hasta que yo solicite un cambio por escrito.

Nombre del paciente: _____ Nombre del tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Preferencia de comunicación (círcule uno): Mensajes de Texto Correo Electrónico Número de teléfono: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____

Póliza de No discriminación

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Leap Kids Dental cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Leap Kids Dental no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Leap Kids Dental:

Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérprete lenguaje de señas
- Formatos de información escrito en (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Paul D. McNeil, Director Oficial de Cumplimiento.

Si cree que Leap Kids Dental no brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante: Paul D. McNeil, Director Oficial de Cumplimiento 610 Clinton Ave. Little Rock, AR, 72201. 501-259-8331. paul.mcniel@rockdentalbrands.com. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Paul D. McNeil, Director Oficial de Cumplimiento, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los
EE. UU. Sala 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Póliza de No Discriminación, continuación

Servicios de traducción están disponibles en los siguientes idiomas:

አማርኛ

ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶቻችን በገጸ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክላው ቁጥር ይደውሉ 1-844-313-7625.

كبيرعرب :

تظولم كل رفاوتنت قيوغلا قدعاسملا تامدخ نإف ،ةغلا ركذا ثدحتت تنك اذا ناجملا ب مقرب لصتا 1-844-313-7625-1

中文

注意:如果 使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-313-7625

Oroomiffa

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-844-313-7625.

پسران

تروصب ینابز تالیهست ،دینک یم وگنگف پسران نابز هب رگا هجوت امش یارب ناگیار 7625-313-844-1 دیریگب سامت

Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-313-7625.

Deutsche

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-313-7625.

ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-313-7625.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-313-7625.

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-844-313-7625.

日本語

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-313-7625.

한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-313-7625.

ລາວ

ໄປດຊາຍ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-313-7625

Marshallese

LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jerbal in jipañ ilo kajin ñe am ejjelōk wōñāān. Kaalōk 1-844-313-7625.

Pennsylvania Dutch

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kanschd du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-844-313-7625.

português

ATENÇÃO: Se fala português, encontramse disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-844-313-7625.

русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-313-7625.

Srpsko-hrvatski

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpskohrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-313-7625.

Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-313-7625.

pilipino

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-313-7625.

Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-313-7625.

Al firmar, acepto que he leído y entiendo la Póliza de No Discriminación de Leap Kids Dental.

Firma del paciente / padre / tutor _____ Fecha _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede ser utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento directo o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros (como aseguranzas).
- Llevar a cabo normal atención médica, como evaluaciones y certificaciones médicas.

Reconozco que he recibido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y qué puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que Leap Kids Dental pueda restringir la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que Leap Kids Dental no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si Leap Kids Dental está de acuerdo, entonces Leap Kids Dental está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____

Nombre a continuación cualquier persona que pueda recibir información de HIPAA sobre este paciente.

Nombre _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Información del tratamiento	<input type="checkbox"/> Historial de cuenta
Nombre _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Información del tratamiento	<input type="checkbox"/> Historial de cuenta
Nombre _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Información del tratamiento	<input type="checkbox"/> Historial de cuenta

USO DE OFICINA SOLAMENTE | FOR OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement of this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------