



**YELLOW BEAR**  
Pediatric Dentistry, PLLC

# Bienvenidos!

Estamos satisfecho para bienvenir a usted y a sus nino(a)s a nuestra oficina! Por favor tome par de minutos para llear este formulario. Si tiene alguna pregunta, estamos aqui para ayudarle!

## 1. INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre De Paciente:

\_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ (Preferred Name)

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Genero:  Male  Female

Direccion:

\_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_ Apt #  
\_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code

Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Work: ( ) \_\_\_\_\_ Cell: ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## 2. PARIENTE RESPONSABLE

Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

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

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

# De Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Cell: ( ) \_\_\_\_\_

Status:  Soltero  Casada  Divorciada  Novio(a)

Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

# De Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Cell: ( ) \_\_\_\_\_

Status:  Soltera  Casada  Divorciada  Novio(a)

## 3. COMO SE ENTERO DE NOSOTROS?

Familiar? \_\_\_\_\_ Amigo? \_\_\_\_\_

Pediatra? \_\_\_\_\_ Otro Dentista \_\_\_\_\_

Sitio Web  Buscada En Internet  Sitio Web Del Seguro  ZocDoc  Radio  Anuncio

Signo del Edificio  Cartelera  Volantes  Tarjeta Postal  Feria  Referrido de Escuela

Facebook  Periodico

## 4 HISTORIA DENTAL

Es la primera visita al dentista? \_\_\_\_\_

Razon por la visita de hoy? \_\_\_\_\_

Su nino(a) piensa que algo esta mal? \_\_\_\_\_

Mal experiencia en el dentista ? \_\_\_\_\_

Malos Habitos Dental?

\_\_\_\_ Mamar dedos \_\_\_\_ Mordiendo Unas \_\_\_\_ Bobo/ Chupete \_\_\_\_ Biberon De Noche

## 5. HISTORIA MEDICA

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Su niño(a) ha sido hospitalizado?  Si  No

Por favor Explique: \_\_\_\_\_

Alguna alergias de comida o medicaciones?  Si  No

Por favor Explique: \_\_\_\_\_

Esta tomando alguna medicaciones? \_\_\_\_\_

Historia De Alguna condicion? Circule Si o No

ADD/ADHD	Y N	Dizziness	Y N	Herpes	Y N	Respiratory Problems	Y N
AIDS/HIV Positive	Y N	Down Syndrome	Y N	High Blood Pressure	Y N	Rheumatic Fever	Y N
Allergies (Seasonal)	Y N	Drug Addiction	Y N	Hypoglycemia	Y N	Rheumatism	Y N
Anxiety/Panic	Y N	Epilepsy or Seizures	Y N	Jaundice	Y N	Sinus Problems	Y N
Asthma	Y N	Excessive Bleeding	Y N	Irregular Heartbeat	Y N	Spina Bifida	Y N
Autism	Y N	Fainting Spells	Y N	Kidney Problems	Y N	Stomach Problems	Y N
Blood Disease	Y N	Frequent Cough	Y N	Leukemia	Y N	Stroke	Y N
Cancer	Y N	Frequent Headaches	Y N	Liver Disease	Y N	Thyroid Disease	Y N
Chemotherapy	Y N	Glaucoma	Y N	Low Blood Pressure	Y N	Tuberculosis	Y N
Cold Sores/Fever Blisters	Y N	Head Injuries	Y N	Mental Disorders	Y N	Tumors or Growths	Y N
Congenital Heart Disorder	Y N	Heart Disease	Y N	Nervous Disorders	Y N	Ulcers	Y N
Convulsions	Y N	Heart Murmur	Y N	Pain in Jaw Joints	Y N	Venereal Disease	Y N
Developmentally Delayed	Y N	Hepatitis A	Y N	Pregnancy	Y N	Yellow Jaundice	Y N
Diabetes	Y N	Hepatitis B or C	Y N	Radiation Treatment	Y N	Other	Y N

Alguna Condicion que no esta en la lista: \_\_\_\_\_

## 6. AUTHORIZACION Y CONSENTIMIENTO

Yo certifico que soy el pariente/representante de (nombre del niño(a)) \_\_\_\_\_ y no hay alguna orden de corte que me prohíba ser pariente legal de este niño. Como el pariente/representante legal de este niño(a), yo reconozco que la información que he dado esta completa y correcta, que va ser aguantado en confidencia, y es mi responsabilidad de informarle a la oficina de algunos cambios en la condición de mi hijo(a). Yo entiendo que mal representación o negando información médica o dental le puede hacer dano a mi niño durante tratamiento.

Yo autorizo los empleados del dentista para hacerle exámenes oral ( fotos, radiografía) y después de explicación, cualquier y todo tratamiento para el nombre del niño arriba. Yo doy consentimiento para el uso de drogas/anestesia y agentes que pueden indicar el doctor en conexión con la salud dental de mi niño mientras estoy o no estoy presente cuando hagan el tratamiento.

Yo autorizo la compañía del seguro para pagarle a Yellow Bear Pediatric Dentistry, PLLC todo los beneficios del seguro que me puedan pagar a mí para los servicios que dieron. También, yo autorizo la usa de mi firma en todos los presentaciones del seguro. Yo estoy de acuerdo de ser responsable financieramente de todos los cargos de los servicios que dieron, cualquier pago de mi parte o de mis dependientes , si los cubren el seguro o no, y todos los pagos se deben cuando le hagan el servicio.

Yo autorizo Yellow Bear Pediatric Dentistry, PLLC para lanzamiento de alguna información , incluyendo el diagnóstico y el record de algún tratamiento o examinación, hecho a mi niño en el periodo de cargo dental a terceros facultativos.

Este consentimiento estara en efecto hasta que se cancele en letra.

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente/ Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre Del Pariente/ Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion A Pariente

# Politica De Financiamiento

**Estamos Satisfecho en bienveniros a nuestra oficina! Nuestro deseo es darle con la mejor salud dental en un ambiente cuidado y divertido. Es nuestra política hacer arreglos financieramente con usted antes de que comiense el tratamiento. Abajo esta una explicacion de nuestros procedimientos de pagos. Si tiene alguna preguntas, por favor pregunte.**

1. Pago de nuestro servicios es debido antes del servicio. Aceptamos efectivo, tarjeta de credito y cheque.
2. Para un paciente nuevo exigimos pagos completos a la hora de la cita.
3. Como una cortesia, nosotros le damos una copia de cualquier cargo para submitirlo al seguro para que le den reembolso o puede asignar el pago a nuestra oficina y le hacemos el cargo a el seguro. La oficina acepta ser asignada a el PRIMER seguro que tenga, seguro secundario debe ser pagado por el paciente.
4. Nuestra oficina hara la reclamacion de seguro hasta un maximo de 2 veces al ano.
5. Si su seguro no paga la reclamacion entre 60 dias , usted es responsable para el balance completo y algun servicio que el seguro no paga usted sera responsable.
6. Usted necesita darle a nuestra oficina una tarjeta de seguro con la direccion correct del seguro, o darnos un formulario de una reclamacion que le da su empleador. Si estos documentos no estan disponible a la hora de su cita, usted seria responsable para el pago de todos cargos y le daremos u formulario de reclamacion del seguro para que lo mande.
7. Si los beneficios del seguro estan assignado a el doctor, usted es responsable de pagar su deducible y copago a la hora del servicio. Usted es responsable de pagar todos cargos que su seguro no cubra, incluyendo cualquier cargo que su seguro no crea normal . Su beneficios del seguro son un contrato entre usted y su empleador. La cantidad de cubrimiento que reciba depende de la calidad de plan comprado por su empleador, no los cargos del doctor.
8. La oficina no puedetener balances por mas de 90 dias; Independientemente si el pago del seguro esta pendiente. Un cargo de \$5.00 mensual sera agregado a su cuenta para emplear un servicio de collecion para colectar pagos. La persona responsable esta de acuerdo pagar todos los cargos de collecion.
9. Despues de 90 dias, les informaremos de su cuenta delicuente por carta, y si no toma accion para hacer pagos. la oficina emplea un servicio de collecion para colectar. Usted es responsable de esos cargos.
10. Hay un cargo servicial de \$30.00 de cheques que devuelven..
11. **El pariente que traiga al paciente a su primera visita es el pariente responsable de pagos independientemente de divorcios or arreglos de custodia. Nosotros no nos metemos.**

## Authorizacion

Yo e leído y aceptado la politca financiera y entiendo y acepto los terminos hechos de pagos.

**Firma De Parienta Responsable**

**Fecha**



## Cuenta de Practica de Privacidad

**Esta cuenta describe como informacion medica de usted puede ser usada y dada y como usted puede tener acceso a esta informacion. Por favor reviselo con cuidado. Si tiene algun pregunta de esta cuenta por favor hable con el oficial de privacidad, Dr. Hai Do en:**

**Fecha de Effectivo: April 14, 2003**      **331 Knickerbocker Ave.,**  
**Floor 3B Brooklyn, NY**      **Revisado: November 11, 2016**  
**11237**  
**718-418-0824**

Estamos cometidos a proteger la privacidad de su salud personal. (PHI)

Esta cuenta de privacidad describe como podemos usar su informacion adentro de nuestra practica o compartirla a facultad para hacer un tratamiento, pagos, o operaciones. Nosotros podemos compartir su informacion por otros motivos que estand permitido por ley. Esta cuenta tambien describe sus derechos de tener acceso y controlar su informacion de salud personal.

Por ley nos exigen mantener la privacidad de su PHI. Nosotoseguiremos las condiciones en esta cuenta.

Podemos cambiar esta cuenta a cualquier tiempo. Algun cambio aplicara a todos los PHI. A su propuesta, daremos la cuenta revisada

- Poniendo la nueva cuenta en la oficina
- Si quiere, haciendo copias de la nueva cuenta.
- Poniendo la nueva cuenta en <http://www.yellowbearpd.com>

### **Usos Y Revelaciones de Informacion Protegida de Salud**

**Nosotros podemos usar o revelar su PHI para darle tratamiento.**

Su PHI puede ser usado o revelado por su medico, nestra oficina y otros afuera de la oficina estan involucrados con su salud y tratamiento con el motivo de darle servicios de salud a usted.

EJEMPLO: Su PHI puede ser dado a un medico adonde usted hacido referido para evaluacion para asseguanos que el medico tengo la informacion neccesaria para tratarlo. Podemos tambien compartir su informacion con otro medicos que sean involucrados en su salud y den asistencia con su tratamiento.

Podemos compartir su informacion con otros afuera que den cuido medico a usted como agencias de cuido de casa.

**Podemos compartir su informacion para obtener pagos por servicios. Le daremos su PHI a otros para poder coleccionar pagos de servicios. Hay servicios porque nosotros compartemos informacion con su seguro para determinar si pagan por el servicio.**

Informacion Puede ser Compartida por:

- Billing companies
- Companias de seguro, planes de seguro
- Agencias del gobierno para asistir en qualificaciones de beneficios
- Agencias de collecta

EJEMPLO: Usted hacido atendido en nuestra practica por un servicio. Neccesitamos una lista de servicios como radiografias para su seguro para recibir pago del servicio. Podemos contactar su plan de seguro para recibir aprobacion de hacer algunos tratamientos.

**Podems usar su PHI para hacer operacaiones de salud en esta oficina.**

EJEMPLOS:

- Entrenamiento de estudiantes, otra facultativa, o personal de pagos.
- Mejor calidad de cuidado y mejores técnicas que le dan el mejor cuidado efectivo.
- Uso de información para asistir en resolviendo problemas o quejas dentro de la práctica.

**Podemos compartir información en otras situaciones:**

- Si es requerida por ley: El uso será usado bajo la ley .
- Actividades De Salud Publicas: La información será usada para controlar virus, y enfermedades y solo a autoridades de salud.
- Agencias De Salud : Compartimos información de salud protegida a agencias de salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, y inspecciones.
- Procedimiento Legal: Para asistir en casos de corte o orden de corte y en otros procesos legales.
- Policia o Otro cumplimiento de la ley: El compartimiento de información será hecho por cualquier requerido de policía.
- Directores de Funeral: Compartimos información con investigadores de muertes y de directores de funerales.
- Estudios Medico: Compartiremos su información de salud con estudios que han sido aprobados por ley.
- Propósitos Especiales Del Gobierno: Información puede ser compartida para propósitos de seguridad nacional o si eres miembro del militar.
- Instituciones De Corrección: Información puede ser compartida si eres un prisionero, o debajo de la custodia de la ley.
- Compensación de Trabajadores: Información puede ser compartida si estamos autorizados a seguir leyes de compensación de ley.

- We may share your information with friends or family members, or other persons directly identified by you at the level they are involved in your care or payment of services. If you are not present or able to agree/object, the healthcare provider using professional judgment will determine if it is in your best interest to share the information. For example, we may discuss post procedure instructions with the person who drove you to the facility unless you tell us specifically not to share the information.
- We may use or disclose protected health information to notify or assist in notifying a family member, personal representative or any other person that is responsible for your care of your location, general condition or death.
- We may use or disclose your protected health information to an authorized public or private entity to assist in disaster relief efforts.

**The following uses and disclosures of PHI require your written authorization:**

- Marketing
- Disclosures of for any purposes which require the sale of your information
- Release of psychotherapy notes: Psychotherapy notes are notes by a mental health professional for the purpose of documenting a conversation during a private session. This session could be with an individual or with a group. These notes are kept separate from the rest of the medical record and do not include: medications and how they affect you, start and stop time of counseling sessions, types of treatments provided, results of tests, diagnosis, treatment plan, symptoms, prognosis.

All other uses and disclosures not recorded in this Notice will require a written authorization from you or your personal representative.

Written authorization simply explains how you want your information used and disclosed. Your written authorization may be revoked at any time, in writing. Except to the extent that your doctor or this practice has used or released information based on the direction provided in the authorization, no further use or disclosure will occur.

**Your Privacy Rights**

You have certain rights related to your protected health information. All requests to exercise your rights must be made in writing. [Describe how the patient may obtain the written request document and to whom the request should be directed, i.e. practice manager, privacy officer.]

**You have the right to see and obtain a copy of your protected health information.**

This means you may inspect and obtain a copy of protected health information about you that is contained in a designated record set for as long as we maintain the protected health information. If requested we will provide you a copy of your records in an electronic format. There are some exceptions to records which may be copied and the request may be denied. We may charge you a reasonable cost based fee for a copy of the records.

**You have the right to request a restriction of your protected health information.**

You may request for this practice not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree with these requests. If we agree to a restriction request we will honor the restriction request unless the information is needed to provide emergency treatment.

**There is one exception:** we must accept a restriction request to restrict disclosure of information to a health plan if you pay out of pocket in full for a service or product unless it is otherwise required by law.

**You have the right to request for us to communicate in different ways or in different locations.**

We will agree to reasonable requests. We may also request alternative address or other method of contact such as mailing information to a post office box. We will not ask for an explanation from you about the request.

**You may have the right to request an amendment of your health information.**





Yellow Bear Pediatric Dentistry, PLLC  
331 Knickerbocker Ave., Suite 3B  
Brooklyn, NY 11237  
Tel: 718-418-0824  
Fax: 718-418-0824

Email: yellowbearpediatricdentistry@gmail.com

## RECONOCIMIENTO DE RECIBIR NOTIFICACION DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

**Proposito:** Este formulario es usado como un documento que Yellow Bear pediatric Dentistry's notificacion de practicas de privacidad fue dado al paciente o su pariente/representante requerido por la ley.

Por firmar este formulario, usted reconoce que recibio el Yellow Bear Pediatric Dentistry's notificacion de practicas de privacidad. Nuestra notificacion contiene informacion de como podemos usar o compartir su informacion protegida de salud. Le sugerimos que lea la nota con cuenta.

***Yo reconosco que recibi el Yellow Bear Pediatric Dentistry  
Notificacion de Practicas de Privacidad.***

Yo e leido y entiendo esta autorizacion. Yo e hecho preguntas sobre todo que no entendi y estoy satisfecha con las respuestas que e recibido.

\_\_\_\_\_  
*Firma de Pariente*

\_\_\_\_\_  
*Relacion a Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Imprima Nombre*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

***Office Use Only:***

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

Parent/Guardian refused to sign

Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement

An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement

Other: