



# MÉDICO DENTISTA OPTOMETRISTA



Gracias por elegir a HEALS, Inc. como el proveedor de servicios de salud para su familia

**Por favor complete todas las secciones de este formulario por completo.**  
Los formularios incompletos pueden retrasar o impedir la inscripción.

## Demografía

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

*Primero*

*Segundo*

*Apellido*

Género:  M  F Identidad de género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año) SSN: \_\_\_\_\_

Raza/Etnia (opcional):  Afroamericano  Caucásico  Hispánico  Indio o Nativo Americano  Asiático

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Otro teléfono con el que podemos contactar: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Nombre de los hermanos	Fecha de nacimiento	¿Inscrito en HEALS?	¿Este niño tiene Medicaid?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Parte responsable

Nombre de la parte responsable (padre/tutor): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Situación laboral:  Empleado.  Independiente  Desempleado  Jubilado  Estudiante

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Mi hijo no tiene seguro:  Sí  No

Mi hijo tiene Medicaid  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione el número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Mi hijo tiene otro seguro: \_\_\_\_\_

(Nombre de la empresa del seguro médico, es decir, BCBS, All Kids, United)

Número de seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ¿Está incluido el cuidado dental?  Sí  No

**Escriba sus iniciales en la casilla de cada servicio que desee que reciba su hijo. Las casillas que se dejan en blanco significan que no da su consentimiento para ese servicio.**

Autorizo al personal de HEALS a realizar exámenes y brindar educación al paciente. Se pueden administrar medicamentos si es necesario. Se me informará de las visitas a través del proveedor de la salud, una nota, llamada telefónica o mi método preferido de comunicación.

Servicios médicos	Servicios dentales	Servicios de Optometría	Descripción
_____	_____	_____	<b>Al poner sus iniciales, doy mi consentimiento</b> para que mi hijo pueda recibir servicios en cualquier Clínica HEALS <b>SIN que yo esté</b> presente.
_____	_____	_____	<b>Al poner sus iniciales, doy mi consentimiento</b> para que mi hijo pueda recibir servicios en cualquier Clínica HEALS <b>SOLO conmigo</b> presente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que se pusieran en contacto con usted con respecto a citas, tratamiento y/u otra información relacionada con la atención médica de su hijo en HEALS? Por favor, marque todo lo que corresponda.

- Teléfono de casa     Teléfono del trabajo     Teléfono celular     Nota enviada a casa     Portal del paciente  
 Mensaje de texto     Correo electrónico.

**Exclusión de los mensajes de voz:** Si prefiere **que no dejemos un mensaje de voz** en los números que nos ha proporcionado. Inicial aquí: \_\_\_\_\_

Entiendo que toda la información en el registro de salud de mi hijo es confidencial. Doy mi consentimiento para que el personal de la clínica HEALS hable con el personal escolar apropiado sobre los registros escolares y de salud de mi hijo, la asistencia, el rendimiento académico y otra información que afecte su aprendizaje y / o comportamiento.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

Autorizo a las clínicas HEALS a divulgar información sobre el tratamiento a médicos, dentistas y terceros pagadores (compañías de seguros) con el fin de obtener autorización para servicios, para facturación y por cualquier motivo de acuerdo con la práctica médica aceptable de conformidad con la ley. Autorizo que el pago se realice directamente al proveedor de servicios.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

Entiendo que es mi responsabilidad (de los padres / tutores) proporcionar a HEALS copias y pruebas de todos los documentos judiciales actualizados con respecto a la custodia.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

No se permiten grabaciones de audio y video. Dichas grabaciones interfieren con los tratamientos médicos y dentales y la privacidad de nuestro personal y pacientes.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de inasistencia de HEALS:** Entiendo que si pierdo dos (2) citas sin previo aviso, mi cuenta será puesta en estado de advertencia. Si pierdo tres (3) citas, mi hijo puede ser despedido de la práctica de HEALS.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de HEALS de no presentarse para varios niños:** Entiendo que, si no llevo a mis varios hijos a su cita el mismo día que fueron citados, no podré programar sus próximas citas para que ocurran el mismo día. También se aplica la política de no presentación anterior. Solo se pueden programar dos niños por día a la vez.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de llegada tardía de HEALS:** Si llego 10 minutos o más tarde a mi cita programada, HEALS tiene derecho a reprogramar la cita de mi hijo.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de cancelación de HEALS:** Entiendo que **todas las cancelaciones deben hacerse al menos 24 horas antes de la cita programada.** Si cancelo con menos de 24 horas de anticipación, contará como **la mitad (1/2) de una ausencia.** Si llego a **tres (3) ausencias,** mi hijo **puede ser expulsado** de la práctica de HEALS.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

Nombre del padre o tutor que llena este formulario de inscripción: \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ:** \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Portal del paciente HEALS

Obtenga acceso seguro y fácil a sus registros médicos y al personal profesional de HEALS.

#### A través del Portal del Paciente, puede:

- Ver sus resultados de laboratorio.
- Enviar mensajes al personal de HEALS
- Ver su información médica, como listas de medicamentos, listas de problemas, alergias y registros de vacunación.
- Reciba recordatorios de citas y confirme citas.

#### Importante: El Portal del Paciente no es **para emergencias.**

- Si tiene una emergencia médica, **llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana** de inmediato.
- Los mensajes enviados a través del portal solo se leen durante el horario normal de la clínica.

**Para comenzar:** Solicite su información de inicio de sesión en su próxima visita al consultorio.

**Aviso fuera de horario de oficina:** Si necesita asistencia médica fuera del horario laboral, llame [al 256-428-7560](tel:256-428-7560) para conectarse a nuestro servicio de guardia. **Marca el 911 para emergencias.**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones?

Enfermedad o trastorno	Sí	Enfermedad o trastorno	Sí	Enfermedad o trastorno	Sí
TDAH	<input type="checkbox"/>	Siente que le falta el aire	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>
Anafilaxis	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>
Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes del oído	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Infecciones oculares frecuentes	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
Problemas de vejiga	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/Rinitis Alérgica	<input type="checkbox"/>	Espina bífida	<input type="checkbox"/>
Le salen moretones fácilmente	<input type="checkbox"/>	Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular (Derrames)	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>
Herpes labial/Fuegos labiales	<input type="checkbox"/>	Herpes / Herpes zóster	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>
Medicamento con cortisona	<input type="checkbox"/>	Urticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>
Problemas de desarrollo	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	Otros (por favor, especifique):	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	_____	
Toxicomanía/Drogadicción	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	_____	

Marque aquí si ninguna de las enfermedades anteriores aplica para su hijo (a)

Proporcione las fechas de diagnóstico y explicaciones si responde "SÍ" a cualquiera de las condiciones anteriores.

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad grave que no esté en la lista anterior?  Sí  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud o preocupación sobre la salud emocional de su hijo?  Sí  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría los hábitos alimenticios de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia bebe su hijo? Refrescos: \_\_\_/semana Jugos: \_\_\_/ semana Bebidas energéticas: \_\_\_/semana

¿Con qué frecuencia come su hijo? Dulces: \_\_\_/ semana Frutas: \_\_\_/ semana Verduras: \_\_\_/ semana Carnes: \_\_\_/ semana

¿Está su hijo al día con las vacunas relacionadas con las enfermedades de la capucha del paciente (tétanos, sarampión, paperas, etc.)?

Sí  No

Si tiene la edad adecuada, ¿cuál es el estado de vacunación del paciente contra el virus del papiloma humano/VPH?  Vacunado  No Vacunado

**FIRME AQUÍ:** \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se ha puesto a mi disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HEALS, Inc. En relación con el Aviso, también reconozco que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso y su contenido. Entiendo que la versión más actualizada del Aviso se publicará y las copias estarán disponibles en cualquier momento. El texto completo que detalla nuestras prácticas de privacidad está disponible para su revisión. Le recomendamos que lo revise y lea y haga cualquier pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad.

He leído y entiendo las prácticas de privacidad

Nombre impreso del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Este espacio esta designado solo si el paciente es mayor de 16 años*



## CALENDARIO DE VACUNACIÓN DE HEALS

Es política de todos los médicos de HEALS que su hijo / hijos reciban todas las vacunas requeridas por la Academia Estadounidense de Pediatría. Esta es una política no negociable de todos los médicos de HEALS. Es nuestra política que todos los pacientes de HEALS mantengan todas las citas programadas de control de niño sano anualmente hasta los dieciocho años.

Recién nacido	Tamiz Neonatal o Prueba de detección del recién nacido	12 Meses	MMR, Varicela, Neumococo 13, Hepatitis A*
2 Meses	DTaP, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13, Rotavirus*	15 Meses	DTaP, HIB
4 Meses	DTaP, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13, Rotavirus*	18 Meses	Hepatitis A*
6 Meses	DTaP, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13, Rotavirus*	4-Años	DTaP, MMR, Varicela, IPV
9 Meses	PPD	11 años en adelante	VPH*, Tdap, Meningococo*

Las siguientes vacunas no son obligatorias, pero son recomendadas por los médicos de HEALS Pediatrics:

- \*Rotavirus
- \*Hepatitis A
- \*Meningococo
- \*VPH

Si pierde tres citas de control de niño sano programadas consecutivamente, se niega a cumplir con las vacunas requeridas o abusa excesivamente de las citas programadas, su hijo o hijos serán considerados para ser expulsados de HEALS.

**Acuso recibo de la política de inmunización de la oficina pediátrica de HEALS, y al registrar a mi hijo como paciente de HEALS, acepto cumplir con las vacunas requeridas.**

\_\_\_\_\_ Mis **iniciales** aquí indican que he leído y entiendo el *Calendario de Vacunación de HEALS*.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## Permiso para Compartir Información de Salud

Si mi hijo(a) está enfermo(a) o lesionado(a) y recibe atención médica en una clínica de HEALS, **doy permiso a HEALS para compartir información médica detallada con las siguientes personas**. También podrán recibir información sobre citas, tratamientos y/u otra información relacionada con la atención médica brindada a mi hijo(a) en HEALS.

<u>Nombre</u>	<u>Relación con el menor</u>	<u>Número de teléfono</u>	<u>¿Dejar mensaje? (Circule uno)</u>
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No

Nombre del padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Esta sección es para que la complete el paciente que es mayor de 16 años*

Nombre del Paciente mayor de 16 años: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Del paciente mayor de 16 años

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

I HEREBY RELEASE A COPY OF THE FOLLOWING PATIENT'S MEDICAL RECORDS

**HEALS, Inc.**  
Health Establishments  
at Local Schools

515 Sparkman Dr. NW  
Huntsville, AL. 35816

Phone: 256-428-7560  
Fax: 256-428-7561

**Full Name of Patient** (Nombre del paciente): \_\_\_\_\_

Patient's Birth Date (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ Chart# \_\_\_\_\_

Please provide the information about the Medical Office or Physician to whom we must request the records (Proporcione la información sobre el consultorio médico o el médico a quien debemos solicitar los registros):

Physician's name/Nombre del Médico/Práctica: \_\_\_\_\_

Phone number and Fax/Número de teléfono y Fax: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

**INFORMATION TO BE RELEASED (X)**  Medical Record  Psychiatric Records

\*\*If only a portion of the medical record or Psychiatric record is required, please specify. \*\*

Discharge Summary

Emergency Room

Laboratory Results

History & Physical

X-Ray Report

Immunization Records

Orders

Operative Reports

Nurses' Notes

Radiology Film/Imaging

Progress Notes

Entire Record (Todo el Expediente)

Other (Specify) \_\_\_\_\_

Information is requested by: \_\_\_\_\_, Clinic Coordinator at the HEALS Clinic. This record is requested to be released to:

**HEALS, Inc.**

**Phone: 256-428-7560**

**Fax: 256-428-7561**

**THIS RECORD IS REQUESTED FOR THE FOLLOWING REASON (X)**

ESTE REGISTRO SE SOLICITA POR LA SIGUIENTE RAZÓN:

Continued Medical Care (Atención médica continua)

Insurance purposes (Fines del seguro)

Other (Otros).

La autorización debe estar firmada y fechada y puede ser revocada notificando a HEALS, Inc. por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción antes de la revocación. Este consentimiento vencerá 120 días después de la fecha a continuación o antes por mi elección, en cuyo caso este consentimiento expirará en esta fecha o evento:

Name of the parent/legal guardian/ Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Parent or Legally Authorized Representative / Padre o representante legalmente autorizado

Relationship to the Patient: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_



# Aplicación para Descuento en los Servicios de Salud

Todos los pacientes deben proporcionar comprobante completo de ingresos para ser considerados para descuentos. De no hacerlo, serán responsables del costo total (100%) de los servicios. Esta información es solo para **uso UNICO DE HEALS**, no compartiremos esta información con NINGUNA OTRA ORGANIZACIÓN.

Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento:			
Número de Seguro Social:		Edad:		Masculino	Femenino
¿El paciente es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Nombre de la escuela:		Grado	Maestro (a)
Nombre del padre/tutor #1			Número de Seguro Social de la persona #1:		
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:		Teléfono de Celular:	
Dirección actual: Calle					
		Ciudad		Estado	Código postal
Condado:		¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?			
Empleador del Padre/Tutor:		Fecha de contratación: (mes/día/año)			
Si está desempleado: última fecha trabajada (mes/día/año)		Razón:			
Nombre del padre/tutor #2			# de Seguro Social del Padre/Tutor #2:		
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:		Teléfono de Celular:	
Dirección actual: Calle					
		Ciudad		Estado	Código postal
Condado:		¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?			
Empleador del Padre/Tutor:		Fecha de contratación: (mes/día/año)			
Si está desempleado: última fecha trabajada (mes/día/año)		Razón:			
¿Estás alquilando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comprando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Eres dueño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive con alguien y/o recibe el apoyo de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Quién lo apoya?
Número de personas que dependen de sus ingresos:			¿Qué relación tienen con usted?		
Enliste las edades de <b>SUS</b> hijos y todos los menores de edad que aún viven en el hogar:					
¿Alguna vez ha solicitado SSI / Discapacidad del Seguro Social?				Fecha de la última solicitud:	

## Información para conectarlo con recursos

Por favor, marque todo lo que corresponda:

Sin hogar  Sí  No

Vivienda Pública  Sí  No

Estatus del trabajador:  Migrante  Estacional  No migrante / estacional  Me Niego a responder.

Discapacitado  Sí  No **Baja militar:**  Sí, Fecha de baja \_\_\_\_\_  No

Refugiado/Asilo político  Sí  No **País de origen:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Ingresos y Gastos

#### INGRESOS MENSUALES

#### GASTOS MENSUALES

\* Si los gastos son compartidos, enumere solo su parte que le corresponde

Tipo de ingreso	Cantidad \$	Tipo de gasto	Cantidad \$
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #1)		Pago de alquiler, casa o remolque	
<b>Ingreso neto</b> después de impuestos (padre/tutor #1)		Pago de terrenos/lotés	
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #2)		Factura de servicios	Gas Agua
<b>Ingreso neto</b> después de impuestos (padre/tutor #2)		Viveres/comida	Factura telefónica
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #1 y #2)		Pago del coche	Seguro de auto
<b>Ingreso neto</b> después de impuestos (padre/tutor #1 y #2)		Pago del coche	Seguro de auto
*Dado que el paciente es un niño, enumere los		Pago de manutención de los hijos/pensión	
Monto del cheque del Seguro Social (padre/tutor #1)		Gastos de guardería / cuidado de niños	
Monto del cheque del Seguro Social (padre/tutor #2)		Préstamos educativos/universitarios	
Monto del cheque del Seguro Social (niño)		Lista de todas las primas de seguro pagadas:	
Ingresos de SSI (enumere el monto y el destinatario)		Seguro de Hospital o Emergencias	
Ingresos militares/de reserva		Seguro de casa/inquilinos	
Ingresos por discapacidad a corto y largo plazo		Seguro médico/de salud	
Monto del cheque de desempleo		Seguro estudiantil	
Monto del cheque de jubilación/pensión		Seguro de vida/entierro	
Los ingresos por alquiler reciben		Seguro contra el cáncer	
AFDC/Asistencia familiar		Gastos médicos y médicos (mensuales)	
Asistencia de la Iglesia recibida		Costos de medicamentos recetados (de bolsillo)	
<b>INGRESOS MENSUALES TOTALES DE TODOS LOS QUE CONTRIBUYEN EN SU HOGAR:</b>	\$	<b>GASTOS MENSUALES TOTALES:</b>	\$

**Declaración del solicitante:** Por la presente certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender y que no se han ocultado u omitido elementos de información pertinentes de esta solicitud. También entiendo que HEALS Inc. tiene derecho a revertir su decisión con respecto a los descuentos de caridad cuando se descubre información que indica que el paciente / garantes tiene o tuvo la capacidad de pagar por sus servicios. Estoy dando HEALS, Inc.; permiso para acceder a mi archivo de crédito y proporcionar mi información financiera a aquellas compañías contratadas por HEALS, Inc. con el propósito de programas financieros o de recuperación de productos para los que pueda calificar. Si hay alguien con quien le gustaría permitirnos hablar con respecto a completar el proceso de solicitud financiera, indíquelo a continuación como persona designada en el espacio provisto.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Documentos Necesarios

Para solicitar el descuento de honorarios, proporcione **un comprobante de ingresos actual**. La documentación debe reflejar sus **ganancias más recientes** y puede incluir uno o más de los siguientes:

- Declaración de impuestos sobre **la renta más reciente** o **formulario W-2**
- **Dos talones de pago más recientes**
- **Cheque de desempleo** o **declaración de beneficios más reciente**
- Comprobante de **otros ingresos del hogar** (como Seguro Social, pensión, discapacidad o manutención de los hijos)
- **Extractos bancarios** que muestran depósitos directos
- **Formulario de autodeclaración de ingresos**, solo si no hay otro comprobante de ingresos disponible

Si no se dispone de prueba de *ingresos brutos (antes de impuestos)*, los ingresos pueden estimarse **en función de la documentación de ingresos netos**.



## Consentimiento para tratar y Consentimiento Informado DENTAL

Su hijo (ene una cita en la Clínica Dental HEALS, ubicada en una de las escuelas con las que nos hemos asociado para brindar servicios de salud bucal.

Su hijo (o hijos) (ene una o varias citas para recibir cualquiera de los tratamientos mencionados en la siguiente lista: limpieza dental, radiografías, selladores, fluoruro de diamina de plata, fluoruro de barniz, impresión dental, evaluación o examen dental, o cualquier otro tratamiento dental.

Si requiere un tratamiento más especializado, nos comunicaremos con usted para derivarlo a cualquiera de nuestras otras ubicaciones, por ejemplo:

- Clínica HEALS de la escuela primaria Martin Luther King Jr. (Huntsville, AL)
- Clínica HEALS de la escuela primaria Madison Cross Roads (Toney, AL)
- Clínica HEALS de la escuela primaria del condado de Madison (Gurley, AL)

Por favor escriba **sus iniciales** en cada línea, esto indicará que está de acuerdo

\_\_\_\_\_ Entiendo, acepto y doy permiso para que el dentista y el/la higienista dental brinden atención a mi hijo(a) en cualquier clínica dental de HEALS, incluyendo la Clínica Móvil, Martin Luther King Jr. Elementary, Madison Cross Roads y/o Madison County Elementary.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, al firmar este documento, los proveedores de salud pueden necesitar administrar anestesia local o tópica y/o utilizar óxido nitroso y oxígeno como parte de la atención dental de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_ Entiendo que pueden ser necesarias múltiples citas para completar el tratamiento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi hijo(a) puede recibir un pequeño obsequio o calcomanía como reconocimiento por recibir selladores, anestesia local o un chequeo dental de rutina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que durante una visita a la clínica móvil se realizarán limpiezas dentales. Si se necesita tratamiento adicional—como selladores, restauraciones, extracciones u otros procedimientos—se me informará y deberé dar mi consentimiento antes de que se realice.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el tratamiento puede no completarse el mismo día de la limpieza debido a la programación u otras limitaciones.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, si el tratamiento no puede realizarse en la unidad móvil, soy responsable de llevar a mi hijo(a) a una cita de seguimiento en una clínica de HEALS o con otro proveedor de mi elección.

### Formulario de Consentimiento Informado, Riesgos y Tratamiento Alternativos en Odontología General.

#### Plan de Tratamiento

Yo Entiendo el tratamiento recomendado como se me ha explicado, y reconozco haber recibido un plan de tratamiento impreso con la lista de los procedimientos que se van a realizar. Yo Entiendo que al firmar este consentimiento no estoy en ninguna forma obligado a permitir que se haga ningún tratamiento en mi hijo. Reconozco que durante el tratamiento puede ser necesario hacer cambios o añadir procedimientos debido a la posibilidad de que se descubran problemas que no se encontraron durante el examen dental inicial. Por ejemplo, es posible que un relleno o restauración dental se convierta en un tratamiento de conductos o una endodoncia.

#### Drogas y Medicamentos

Entiendo que puede ser necesario recetar antibióticos, analgésicos y otros medicamentos durante el tratamiento dental. Estos medicamentos pueden causar reacción alérgica como enrojecimiento del tejido, inflamación, dolor, comezón, vómito o shock anafiláctico.

#### Óxido Nitroso

Entiendo que es posible que se necesite el uso de Óxido Nitroso durante el tratamiento. Éste es una forma leve de sedación consciente que se usa para relajar a los pacientes que sufren de ansiedad. Alguno de los riesgos al usar Óxido Nitroso son (aunque no se limitan a estos): náuseas, vómito, dolor de cabeza, congestión nasal, dificultad para respirar por la nariz, o problemas temporales de comportamiento en pacientes con autismo. Entiendo que el uso de Óxido Nitroso no garantiza que sea posible realizar el tratamiento dental en mi hijo.

#### Rellenos o Restauraciones dentales

Entiendo que debo recordarle a mi hijo (o en caso de que a usted se le haya realizado un tratamiento dental) de tener cuidado al mascar del lado donde se realizó la restauración. Especialmente las primeras 24 horas, primero para evitar fracturas, y en segundo para evitar morderse el tejido de la mejilla o lengua en caso de haber recibido anestesia dental. Entiendo que puede ser necesario un tratamiento más extenso que el diagnosticado, debido a que se pueden encontrar caries adicionales durante el tratamiento. Entiendo que la sensibilidad dental es un efecto secundario común en los dientes con restauración de resina o amalgama. Si la sensibilidad persiste después de la primera semana, por favor, haga cita para revisar y evaluar el diente tratado.

#### Extracciones

##### 1) En dientes primarios o de leche:

Los riesgos al extraer dientes de leche son menores que con las extracciones de dientes de adulto. Sin embargo, hay ciertos riesgos que debemos tomar en cuenta. Es posible dañar el diente de adulto recién formado que está creciendo para reemplazar el diente de leche. También existe el riesgo de infección o daño de los dientes adyacentes. En algunos casos, puede quedar una pequeña porción de la raíz después de extraer el diente. Lo que podría causar molestias e infección.

## 2) En dientes permanentes o de adulto:

Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina la infección, y si ésta continúa, será necesario recibir más tratamiento. Los riesgos involucrados debido a la extracción dental son dolor, hinchazón, propagación de la infección, alveolo seco, fracturas de la mandíbula, pérdida de la sensación en los dientes o tejidos aledaños al diente extraído (parestesias). Las parestesias pueden durar por un periodo indefinido. El paciente puede necesitar tratamiento, y el paciente es responsable del costo adicional y es responsabilidad del paciente y de los padres o tutores legales de continuar y seguir con el tratamiento adecuado. Las alternativas a la extracción dental son el tratamiento de conductos o de los nervios del diente (endodoncia), coronas, puentes, terapia periodontal y ortodoncia.

### Selladores

Entiendo que algunos casos mi hijo puede necesitar selladores para ayudar a prevenir las caries en las superficies masticatorias de los dientes posteriores. Los riesgos de los selladores incluyen, entre otros, la ruptura del sellador (esto es más común en niños que rechinan los dientes o aprietan los dientes, cuando mastican chicles o alimentos pegajosos o alimentos duros como dulces y caramelos o hielo), fallas o pérdida de los selladores y desarrollo de caries. Entiendo que para evaluar el estado de los selladores dentales es necesario acudir cada 6 meses a la limpieza dental y verificar que el dentista los haya evaluado.

### Coronas, Puentes y Carillas

Entiendo que a veces no es posible igualar el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que mi hijo usará coronas temporales durante un periodo de corto de tiempo (las coronas de acero inoxidable no requieren coronas temporales adicionales). Entiendo que las coronas temporales pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que se mantengan hasta que es entregue la corona final. Me doy cuenta de que la oportunidad final para realizar cambios (forma, ajuste, tamaño y color) será antes de la cementación permanente de la corona. También es mi responsabilidad asegurar que mi hijo regrese para la cementación de los 30 días posteriores a la preparación del diente. Retrasos excesivos pueden permitir el movimiento del diente o de los dientes y por consecuencia no habrá una cementación adecuada, por motivo del movimiento dental. Esto puede requerir una reimpresión de la corona o el puente. Los tratamientos alternativos a la corona pueden ser: resinas, amalgama, corona de acero inoxidable o extracción del diente.

### Terapia de endodoncia

Yo tengo en cuenta que el tratamiento de los nervios no garantiza que se salve el diente de mi hijo, y que puede haber complicaciones. Ocasionalmente, el material de relleno que se usa durante el tratamiento de nervios puede extenderse fuera de la raíz, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que las limas y fresas endodónticas son instrumentos muy finos y, por lo tanto, las tensiones y los defectos en su fabricación pueden hacer que se rompan en la raíz durante el uso. Entiendo que a veces se necesitan procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento endodóntico. Entiendo que el diente se puede perder a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo. El tratamiento alternativo a la endodoncia es la extracción del diente.

### SDF (O FDP - Fluoruro Diamino de Plata)

Entiendo que cuando se aplique SDF, habrá una mancha negra permanente en el área tratada (que puede sustituirse con un empaste o una corona). Los empastes o restauraciones del color de los dientes y las coronas pueden decolorarse (generalmente se pueden pulir y la decoloración disminuirá). La mancha marrón/blanca de piel o encía (es totalmente inofensiva y desaparece en 1 a 3 semanas) puede dejar una marca permanente si usted o su hijo intentan eliminarla frotando otros productos sobre la mancha. Es posible que experimente un sabor metálico temporal. Si no hay una buena higiene, es posible que la caries progrese (puede requerir tratamiento adicional). No hay éxito garantizado con el tratamiento con SDF si no hay cooperación del paciente para fomentar una buena higiene y mejorar los hábitos alimentarios. El tratamiento alternativo al SDF es no realizar ningún tratamiento sobre el diente ni restaurarlo con resina o amalgama. Además, entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar los resultados. Reconozco que ninguna garantía ha sido dada por nadie con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado.

Yo Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta, y que por lo tanto los doctores o dentistas (profesionales de buena reputación) no pueden garantizar los resultados. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado el tratamiento dental que yo he solicitado y autorizado.

**Este formulario debe completarse y firmarse para un solo niño(a). No se pueden incluir varios niños en el mismo formulario.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Clinical Staff: \_\_\_\_\_