



# Información del paciente

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Genero del paciente (circule): Masculino / Femenino / No preferido

Como escucho de nosotros?

___ Por un doctor	___ Aseguranza	___ Twitter
Quien? _____	___ Correo	___ Otro: _____
___ Familiar/ Amigo	___ Facebook	
Quien? _____	___ Instagram	

Padre /Guardian Nombre (presente en la cita): \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_S\_\_C\_\_D\_\_V\_\_S

Relación con el paciente (circule): Madre Padre Padrastro Madrastra Padrino Madrina Guardián Legal Representante de Institución

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa :** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular :** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Mejor número de contacto: Casa Celular

Fecha de nacimiento del paciente : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Guardian SSN : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Guardian empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Si está cubierto por aseguranza dental, Complete lo siguiente:**

Nombre de la compañía de seguro (Primaria): \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleadora (si esta con su trabajo): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SSN : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro (Secundaria): \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleadora (si esta con su trabajo): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SSN : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Si usted no esta cubierto por una Aseguranza Dental, le gustaría saber más acerca de nuestro Bitty Bites planes de pago?** Nosotros ofrecemos un plan de pago que incluye 2 limpiezas, 2 tratamientos de fluoruro, radiografíaías, y descuento en tratamiento de restauración por una tarifa plana en un año.

\_\_\_ **Si, me gustaría saber más.**

\_\_\_ **No, gracias, Tengo aseguranza dental o voy a pagar de mi bolsillo el tratamiento Dental.**

**Autorización y divulgación de información:**

*Acepto que se le facture a mi compañía de seguros dentales por los servicios prestados y el pago se realizará directamente a Bitty Bites Pediatric Dentistry. También asumo la responsabilidad de cualquier parte del costo del tratamiento no cubierto por mi compañía de seguros. Por la presente doy autorización para la divulgación de cualquier información solicitada o requerida por mi compañía de seguros con respecto a cualquier reclamo de seguro.*

**Paciente/ Padre/ Guardian Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Información del paciente

### Información del historial de salud

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Tiene alguna **alergia** a lo siguiente? :  Látex  Penicilina  Aspirina  Codeína

Other: \_\_\_\_\_

### Marque cualquiera de los siguientes elementos que se aplican al paciente presente o pasado:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> **Alergia conocida a los perros | <input type="checkbox"/> **Miedo conocido a los perros.     |   |
| <input type="checkbox"/> OCD                             | <input type="checkbox"/> Autismo                            | <input type="checkbox"/> Depresión                  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                        | <input type="checkbox"/> Problema genético _____            | <input type="checkbox"/> ADHD                       |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal / excesivo     | <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja      |
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Epilepsia                          | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Artritis                        | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                     | <input type="checkbox"/> Cirugía a corazón abierto  |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos                      | <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales        | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón      |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro            | <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Hepatitis A__ B__ C__      |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre            | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria         | <input type="checkbox"/> Cáncer _____                       | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS                 |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                      | <input type="checkbox"/> ictericia                  |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                 | <input type="checkbox"/> Herpes labial / ampollas de fiebre | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón         |
| <input type="checkbox"/> STD _____                       | <input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado      |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    | <input type="checkbox"/> COPD                               |   |

Toman anticoagulantes o aspirina diariamente ? \_\_\_\_\_ Ellas son lactantes o embarazadas? \_\_\_\_\_

Alguna reacción inusual a la anestesia local? En caso afirmativo explicar \_\_\_\_\_

Alguna historia de uso de bisfosfonatos? Para tratar la osteoporosis o enfermedades similares. \_\_\_\_\_

Alguna hospitalización en los últimos dos años? En caso afirmativo explicar \_\_\_\_\_

Alguna cirugía en los últimos dos años? En caso afirmativo explicar \_\_\_\_\_

Nombre del medico : \_\_\_\_\_ Telefono:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ Razón de la visita: \_\_\_\_\_

**Preocupaciones de comportamiento** (Por ejemplo:: ADHD, autismo, OCD, depresión y / o ansiedad): \_\_\_\_\_

### Enumere los medicamentos, la dosis y la razón para tomar:

Medicamentos	Dosis	Razón para tomar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observaciones: \_\_\_\_\_

Paciente/ Padre/ Guardian Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Información del paciente

### Información dental

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

Cuál es su principal preocupación para la visita de hoy?

Fecha de su última visita dental? \_\_\_\_\_ Nombre del dentista? \_\_\_\_\_

Cualquier historia de trauma dental? \_\_\_\_\_

Tienen dientes quebrados o dientes que causan molestias? \_\_\_\_\_

Han tenido alguna vez una experiencia dental desagradable, si es así, explique?

Sus encías sangran fácilmente? ? \_\_\_\_\_ Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_

Tiene alguna molestia en su mandíbula? \_\_\_\_\_ Aprietan o rechinan los dientes? \_\_\_\_\_

Fuman o usan productos de tabaco? \_\_\_\_\_ Alguna vez han tenido tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

Alguna vez han usado un producto para blanquear sus dientes? \_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuándo y qué producto?

Les gusta su sonrisa? \_\_\_\_\_ Enumere cualquier cambio en su sonrisa que les gustaría cambiar :

### \*\*\***IMPORTANTE**\*\*\* **Consentimiento:**

*Todos los niños menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal para sus citas. Es nuestra política de oficina que un padre o tutor legal esté presente. Los padres / tutores legales pueden permanecer en la sala de espera o en la sala de tratamiento hasta que se complete la cita, en este momento el técnico revisará la cita completa con el padre / tutor. Si su hijo es traído por otra persona que no sea la que se detalla a continuación, se le pedirá que re programe la cita. Además, debido a las regulaciones de HIPPA (leyes de confidencialidad), no podemos discutir el tratamiento con nadie más que un padre o tutor legal a menos que se haya completado el permiso para discutir la información de salud protegida que figura en el formulario de consentimiento del paciente. Una vez que el paciente cumple 18 años, ya no estamos obligados a discutir el tratamiento o la información de la cuenta con nadie más que el paciente, a menos que el paciente firme el formulario de consentimiento.*

**Doy mi consentimiento para que las siguientes personas lleven a mi hijo a las visitas al consultorio de Bitty Bites Pediatric Dentistry y doy mi consentimiento para el examen y / o tratamiento de mi hijo en mi ausencia.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación:  Madre  Padre  Guardián  \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación:  Madre  Padre  Guardián  \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación:  Madre  Padre  Guardián  \_\_\_\_\_

**Mi consentimiento para la divulgación de registros será efectivo hasta que lo revoque por escrito.**

**Paciente/ Padre/ Guardian Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Consentimiento Informado de Odontología Pediátrica

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Para eliminar la presencia de caries dentales, la lista de tratamiento(s) es recomendada para su hijo/hija. Los riesgos o complicaciones comunes de esos tratamientos están también escritos. Por favor haga cualquier pregunta antes de firmar este documento. **Al firmar este documento usted está indicando que usted entiende los propósitos del tratamiento propuesto, el riesgo y alternativas para el tratamiento, y las consecuencias de no hacer el tratamiento. Usted está indicando que todas sus preguntas han sido respondidas en su completa satisfacción, y que usted cree que el tratamiento propuesto sea en el mejor interés para su hija/hijo. Por favor note que no es posible predecir o garantizar el resultado del tratamiento.**

- Tratamiento propuesto/recomendado:** Radiografías, Restauraciones/Rellenos (rellenos del color del diente), composito o coronas de resina, extracciones, conductos (terapias del tratamiento del nervio- pulpotomía/ pulpectomía), coronas de acero inoxidable, profilaxis (limpieza/quitar el sarro), tratamientos de fluoruro, selladores, mantenedores de espacio y/o: \_\_\_\_\_
- Beneficios y Tratamientos Alternativos:** Quitando caries y restaurando los dientes o quitando dientes y colocando mantenedores de espacio (donde sea indicado) permite la salud dental óptima. Eso permite la masticación, el hablado y la salud en general. También ayuda a permitir a que los dientes permanentes salgan en el lugar indicado. Las alternativas de tratamiento incluyen **A)** Hacer nada- Observar/ ver el proceso de las caries- Esto permite que la caria siga creciendo y puede resultar en infección y/o pérdida de espacio/ extracción. **B)** Extraer el diente cariado, aun si puede ser salvado. **C)** No colocar un mantenedor de espacio donde sea requerido puede causar la pérdida de espacio y dientes montados. Todas las alternativas requieren un compromiso que puede afectar la salud dental y médica de su hijo/hija.
- Riesgos comunes:** los riesgos más comunes, PERO no limitado a: **A)** Alergias al látex a veces usado en guantes dentales **B)** Alergias a anestesia local y gel para dormir el área usadas. **C)** Alergias al material del relleno **D)** Mordiendo o frotamiento excesivo del cachete, labios, o lengua cuando ha sido anestesiado puede causar enrojecimiento, sangramiento, y cicatrices. **E)** Infecciones **F)** Carias reapareciendo, requiriendo tratamiento adicional **G)** Pérdida de dientes **H)** Parestesia (pérdida de sentimiento) **I)** Sensibilidad de temperatura (cuando muerde/ y mastica) **J)** Pérdida de espacio
- Consecuencias de no hacer el tratamiento recomendado:** Caries dental son un proceso infeccioso; puede ser transmitido de diente a diente y se agranda si no es tratado. Si el proceso cariado continua sin revisar, dientes adicionales pueden ser cariados o perdidos prematuramente. Dientes cariados pueden ser reducidos en tamaño pueden causar pérdida de espacio necesitando tratamiento de ortodoncia.

Todo esfuerzo razonable va a ser hecho para asegurarnos que la condición dental es tratada correctamente a pesar de que los resultados no sean garantizados.

\_\_\_\_\_ **Yo doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto**

\_\_\_\_\_ **Yo niego dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto y reconozco que he sido informado de las consecuencias de mis decisiones para rechazar el tratamiento**

\_\_\_\_\_  
**Nombre escrito de Padre / Guardian**

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



## POLIZA DE CANCELACION & CITAS PERDIDAS

Nuestra meta en Bitty Bites Pediatric Dentistry es proporcionar a su hijo una cita conveniente y accesible, de alta calidad para el tratamiento dental. En orden para asegurarnos de la convivencia y accesibilidad de nuestros pacientes es importante que nuestros pacientes lleguen a tiempo para sus citas o cancelen su cita por lo menos, 24 horas de anticipación. Esta póliza nos permite hacer el mejor uso las citas disponibles a los pacientes en necesidad de cuidado dental.

### **Cancelación de su Cita**

Usted puede cancelar su cita a través de texto, llamando al número (804) 215-8600 o por correo electrónico al: [info@bittybitespediatricdentistry.com](mailto:info@bittybitespediatricdentistry.com)

Nuestras citas están en demanda alta y su cancelación anticipada le dará a otro paciente la oportunidad de ser vista por un proveedor.

### **Póliza de las Citas Perdidas**

Una "cita perdida" es cuando alguien no llega a su cita y no cancela 24 horas con anticipación de la cita programada. Si usted no llega a su cita y no cancela con 24 horas con anticipación, esto será guardado como una "cita perdida."

Si usted pierde su cita, usted va a ser notificado a través de su teléfono o correo electrónico para una nueva cita dental.

### **Tarifas por citas perdidas – Acuerdo Financiero**

Efectivo el 1 de Marzo, 2020, Bitty Bites Pediatric Dentistry empezara a cobrar una tarifa por citas perdidas.

Si usted no cancela o reprograma su cita dentro de 24 horas de la cita originalmente programada resultara en una tarifa por falta de llegada. Esta tarifa no va a ser sometida a través de su aseguranza dental; va a ser cobrada directamente al paciente. Mas de 2 citas perdidas será motivo de despido de la práctica.

Nosotros entendemos que la flexibilidad es importante y los pacientes van a poder tener una cita perdida "gratis."

La tarifa de citas perdidas es de \$25 por todo tipo de cita.

Firma del padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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



## Consentimiento de HIPPA para el Paciente

Yo entiendo que tengo derechos a la privacidad sobre mi información medica protegida. Estos derechos me los da la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud del 1996 (HIPPA). Yo entiendo que al firmar este consentimiento estoy autorizando el uso y el permiso de revelar mi información medica protegida para:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo y indirecto por otros proveedores involucrados en mi tratamiento)
- Obteniendo pagos de otros pagadores (p.ej mi compañía de aseguranza)
- El día-a-día operaciones de cuidado médico de su practica

Yo también e sido informado y dado el derecho para revisar y asegurar una copia de su Aviso de Privacidad de su Practica, que contiene una descripción completa de los usos y revelaciones de derechos a través de HIPPA. Yo entiendo que ustedes reservan el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y yo puedo contactar la practica en cualquier momento para obtener una copia del aviso mas reciente.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en mi información médica protegida es usada y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico, pero la práctica no está obligada de estar de acuerdo con las restricciones. Sin embargo, si ustedes están de acuerdo, la practica está obligada a cumplir con las restricciones.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o revelación que ocurrió previo a la fecha revocado este consentimiento no es aplicable.

Yo autorizo a las siguientes personas que puedan acompañar a mi hijo/hija en mi ausencia para que ustedes puedan obtener la información medica protegida:

Escriba Nombre Completo \_\_\_\_\_

Nombre de Guardian \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

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



## Consentimiento Para el Perro de Terapia

Terapia Asistida de Animales (TAA) es una forma de terapia creativa que utiliza animales de terapia acreditados y manejadores (personas que manejan al animal) para proporcionar intervenciones con objetivos dirigidos para todas las edades. Bear (Oso), nuestro perro de terapia es certificado a través de la Alianza de Perros de Terapia y AKC Canine Good Citizen para poder trabajar en nuestra oficina. A pesar de los beneficios de trabajar con animales terapéuticos, si hay riesgos incluidos a través de esta intervención. Como la TAA utiliza animales vivos, es importante notar en avanzado las pólizas y procedimientos para maximizar la intervención y asegurarnos de un ambiente seguro tanto para el paciente y para el perro.

1. Interacciones con Bear no es requerido usted puede negar a participar con el perro; dependiendo con la evaluación de la Dra.North (manejadora) no va a ser garantizado que todo niño/niña tenga permiso de tener interacción con nuestro perro de terapia.
2. Si el paciente se pone agresivo (pegar/morder/jalar/pellizcar etc.) con el perro de terapia la Dra.North va a remover el perro de terapia y determinar si las interacciones van a ser permitidas
3. Cualquier persona que quiere participar con TAA no puede tener alergias, sensibilidades de piel o respiratorias, o cualquier otra condición medica asociada con los perros; la Dra.North y Bitty Bites Pediatric Dentistry no pueden ser considerados responsables por alergias y otras reacciones fisiológicas al perro de terapia.
4. Cualquier miedo al perro tiene que ser reportado antes del comienzo del tratamiento para poner las precauciones correctas.
5. Si el perro de terapia esta enfermo o lesionado el perro no va a poder ofrecer servicios hasta que la enfermedad o lesión disminuye o que tenga una aprobación veterinaria
6. A pesar de que el perro de terapia se va a mantener actualizado con sus vacunas y con sus exámenes de salud, siempre ay un pequeño riesgo de transmisión de enfermedades zoonóticas (P.ej. el intercambio de enfermedad entre los humanos y los animales) cuando se trabaja con los animales, todo esfuerzo para reducir el riesgo de zoonosis.
7. El contacto directo con la orina, heces, o/y sangre del animal debe ser evitado. Todo esfuerzo para educar al paciente o/y guardián de formas apropiadas para participar físicamente con el perro de terapia van a hacer hechas por la Dra.North
8. Todo paciente tiene que lavar se las manos o usar un alcohol en gel antes y después de tocar el perro de terapia
9. El perro de terapia va estar bien limpio y a pesar que todo esfuerzo va ser hecho para cortar y limar las uñas del perro de terapia, los rasguños pueden ocurrir cuando uno participa



## Consentimiento Para el Perro de Terapia

físicamente con el perro. La Dra.North ni Bitty Bites Pediatric Dentistry pueden ser considerados responsables por lesiones incurridas por las uñas del perro de terapia.

10. Los perros juegan o muestran cariño mordisqueando o lambiendo, que puede resultar en contacto oral directo del perro. A pesar de todo el esfuerzo de monitorear el perro por la Dra.North, puede haber un riesgo pequeño de morder o enfermedades zoonóticas transmitidas cuando el perro hace contacto oral con una persona. El perro de terapia va a tener permiso de lambrer al paciente cuando obtengamos un consentimiento verbal del padre/guardián que va a ser notado en el archivo del paciente. La Dra.North ni Bitty Bites Pediatric Dentistry va a ser responsable por lesiones o la transmisión de enfermedades zoonóticas como resultado de contacto oral por el perro de terapia.
11. Los perros usan sus cuerpos para comunicarse y pueden rosarse o apoyarse contra las personas. También pueden mover la cola o el cuerpo, este comportamiento puede crear un riesgo por la pérdida de equilibrio, caer, o un rose liviano. La Dra.North ni Bitty Bites Pediatric Dentistry va a ser responsable por lesiones incurridas al participar físicamente con el perro.
12. El paciente y/o guardián informara puntualmente todo accidente y/o lesión a la Dra.North. Si ocurre una lesión, la Dra.North va a responder acuerdo a lo que paso y tomar una acción apropiada para ayudar que el paciente obtenga cuidado médico.
13. El perro de terapia no puede ser usado en terapia sin que la Dra.North este presente. Ningún otro proveedor está acreditado para manejar el perro de terapia.
14. Los pacientes no pueden quedarse solos con el perro de terapia en ningún momento.
15. Si en cualquier momento, el perro de terapia muestra alguna señal de angustia, irritación, miedo, o en alguna forma actúa de una manera negativa, se le permitirá tomar en descanso. Nadie, menos la Dra.North, debería de tocar o interactuar con el perro durante este tiempo. La Dra.North evaluara y determinara si es seguro para que el perro de terapia que regrese a la sesión.
16. Animales, como las personas, tienes sus propios humores que determinan el nivel de deseo de interactuar con otros. Por lo tanto, se entiende que el perro de terapia tiene el permiso de determinar si o cuando participa en la terapia. Mientras puede ser planeado de usar el perro de terapia en una sesión, el perro de terapia no puede ser forzado para participar/interactuar con otros.
17. El perro de terapia tiene un lugar designado en la oficina donde puede descansar, dormir o tomar un descanso sin interrupción.
18. Si la Dra.North y el padre/guardián están de acuerdo, el perro de terapia puede quitarse su correa de trabajo, que va ser notado en su archivo de paciente.





## Consentimiento Para el Perro de Terapia

### **YO SI DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE PERROS DE TERAPIA**

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las pólizas, procedimientos y riesgos asociados con Terapia-Asistida de Animales durante el tratamiento dental. Yo doy mi consentimiento para los servicios terapéuticos involucrando al perro de terapia proporcionado para mi hijo/hija por la Dra. North, DDS, MS y acepto la responsabilidad completa en el evento que el perro de terapia cause alguna lesión a mi hijo/hija en cualquier forma durante el curso de la visita en la oficina. Además, yo no estoy enterado de algún miedo, alergia, sensibilidad respiratoria o de piel, o cualquier otra condición médica que tenga mi hijo/hija(s) que pudiera impedir interacción física (p.ej. tocar, manejar) o cercanía con el perro de terapia que pueda potencialmente ser dañosa para la salud.

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

Nombre de Guardian \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

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

### **YO NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE PERROS DE TERAPIA**

Yo deseo programar las citas de mi hijo/hija en los días donde no va ver interacción con el perro de terapia.

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

Nombre de Guardian \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

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



## Póliza de Enfermedades

Para asegurar la salud de todos nuestro pacientes y personal de trabajo nosotros pedimos que cuando un paciente este enfermo que llamen para reprogramar la cita. Si un proveedor medico hace un diagnostico especifico por favor déjenos saber. El criterio va estar resumido para ayudar en decidir cuando reprogramar la cita por causa de una enfermedad:

- **Fiebre relacionada con enfermedad dentro de un periodo de 24 horas de la cita programada**
- **Enfermedad contagiosa**, como la varicela y el virus Coxsackie (la enfermedad de manos, pies y boca)
- **Piojos, La tina (hongos en la piel) y sarna** si no están en tratamiento y es contagioso para otros
- **Infecciones respiratorias superiores** (orejas, nariz, y garganta)
- **Conjuntivitis** (ojos rojos o rosados con lagañas o drenaje de pus del ojo.) La cita de los pacientes puede ser reprogramada dentro de 24 horas cuando el medicamento empieza.
- **Diarrea asociada con enfermedad** (vomito, fiebre, y/o picazón) – El paciente puede presentarse a la cita si la diarrea no es asociada con enfermedad. (P.ej. causado por antibiótico o sensibilidad de comida.
- **Picazón sin diagnosticar o picazón atribuido con una enfermedad contagiosa o condición**
- **Llagas en la piel que estén abiertas y que tengan erupción de líquido** (incluyendo enfermedades como impétigo)
- **Faringitis estreptocócica (infección en la garganta)**- es posible ver al paciente cuando el paciente a estado tomando antibiótico por 24 horas y no a tenido fiebre por 24 horas
- **Enfermedad que pueden ser prevenidas con una vacuna** (Paperas, Sarampión, Tos ferina etc.)- Pacientes pueden regresar cuando un medico determine que no este infecciosos
- **Vomito** (dos o mas episodios en los últimos 24 horas)- Hasta que el vómito pare o un médico determine que la causa no es comunicable el paciente no puede ser visto

Nosotros apreciamos su cooperación con nuestra póliza de enfermedades. Al firmar debajo, usted entiende que nosotros no podemos ver al paciente si algunos de los síntomas en la lista están presentes. Si usted tiene alguna razón para creer que el paciente tiene alguna enfermedad por favor entienda que nosotros podemos pedirle, respetuosamente, que re programe la cita. En algunos casos, una nota de un médico puede ser requerida.

Paciente/Padre/Persona Responsable Firma	Relación al paciente	Fecha
Bitty Bites Pediatric Dentistry	11600 Busy St, Ste. 101, Richmond, VA 23236	(804) 215-8600



# Consentimiento de Medios de Comunicaciones

Yo consiento que Bitty Bites Pediatric Dentistry puede usar mis fotografías y videos de mi o de mi hijo/hija que han sido tomadas de la fecha indicada a continuación, y también doy mi consentimiento para usarlas a través de medios de comunicaciones, que incluyen pero no son limitadas a, Facebook, Instagram, y Twitter. Yo entiendo que estas imágenes y/o videos no van a ser usadas para cualquier otro propósito comercial.

Nombre (escrito): \_\_\_\_\_

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

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

If person(s) in photos/videos is a minor, please print name(s) below.

Si la(s) persona(s) son menores de edad, por favor escriba los nombre(s) a continuación.

Nombre de los menores (escritos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_