

Introducción a Eugene Kids Dentist

Gracias por elegir nuestra práctica para el cuidado dental de su hijo. Como una oficina especializada en el cuidado dental para los niños, ofrecemos un ambiente favorable a los niños, así como las opciones de tratamiento apropiadas para niños cuando es necesario. Creemos en el tratamiento de sus hijos de manera conservadora, rápido, fácil y divertido!

Usted notará que hacer algunas cosas de manera diferente para los niños que en los adultos, ya que tienen diferentes necesidades - tanto física como emocionalmente. Parte de lo que hace un odontopediatría una especialidad es ser capaz de adaptar las necesidades de tratamiento con el estado de desarrollo del niño, tanto física como emocionalmente.

Primera visita

Recomendamos los niños son vistos por **su primer cumpleaños**. Comenzar temprano ayuda a prevenir los miedos dentales que muchos adultos tienen y ayuda a diagnosticar problemas cuando son más fáciles de cuidar.

Animamos a los padres / cuidadores para acompañar al niño para el examen. Esto permite varios beneficios:

1. Estamos emocionados con el cuidado de los niños y quieren compartir ese entusiasmo con usted.
2. Queremos que involucrar con lo que nos encontramos, en lugar de hacer que usted tome nuestra palabra para ella.
3. Una gran cantidad de la educación se proporciona en el examen. Si usted no está presente, gran parte de la educación no podrían conocerse.
4. Con los padres reciben conocimientos de estar presente para el examen, los padres pueden participar más en la salud bucal de sus hijos en el hogar.

Bebés y niños pequeños: Hasta dos o tres años, el examen se hace generalmente con el niño en el regazo de los padres. Es normal que sea tímido ya veces a llorar incluso para exámenes simples. Este es un comportamiento normal y de ninguna manera nos molesta, y no debe sentir vergüenza ni debe sentirse obligado a calmar al niño (si están llorando, su boca está abierta). Somos una práctica pediátrica y esperamos algo de ruido de los niños pequeños, y la esperanza de que va a tener paciencia cuando hay otros niños que todavía consigue cómodo con las visitas al dentista.

la edad preescolar y superior: Utilizamos una técnica llamada Tell-Show-Do. Usted reconocerá esto como deberíamos hablar primero de las cosas de una manera favorable a los niños. Luego, en su caso, les mostramos lo que vamos a hacer. Por último, nos movemos lentamente en pequeños pasos cuando hacemos cualquier procedimiento. Esto evita sorpresas grandes que puedan asustar al niño. El uso de este enfoque ayuda a los niños a ser más cómodo y desarrolla la confianza entre el personal y su hijo.

Vocabulario para niños

Como práctica pediátrica, usamos palabras a los niños para describir lo que hacemos. Por ejemplo, no utilizamos palabras de cuatro letras (por ejemplo, daño, dolor, tirar, y disparo). Por favor que nos apoyen en la toma de esta experiencia divertida al no entrar en detalles con niños pequeños y lo que nos permite explicar de manera que mantienen la ansiedad a un mínimo. Los ejemplos de la terminología que utilizan:

No utilizar: Disparo

Perforar

Tire del diente

Herir

Do Uso: Squirt el jugo soñoliento

Cosquillas a los insectos de azúcar

Hacer un baile de dientes, o el diente Wiggle

Se siente raro / diferente

Limpiezas

Los padres y cuidadores a menudo son sorprendidos por la rapidez con la limpieza puede tener hijos. limpiezas adultos incluyen la eliminación de la acumulación de minerales entre los dientes y debajo de la línea de las encías. Los niños no están en riesgo de esta misma acumulación hasta los años pre-adolescentes y adolescentes. También hay no como muchos dientes para limpiar.

Duración de las citas

Los niños tienen menor capacidad de atención por lo que trabajamos tan rápido como podemos para mantener a los niños felices y contentos.

Gracias por elegir dentista Eugene niños. Esperamos con interés trabajar con usted para mantener y mejorar la salud de su hijo.

He recibido y leído la 'Introducción a Eugene Kids Dentist.

Firma _____ Relación con el paciente _____
Fecha _____

Información de salud

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Notificación del dentista Eugene niños de prácticas de privacidad, que describe cómo la información médica de mi hijo puede ser usada y divulgada.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

La participación de Investigación

De vez en cuando, participamos en estudios de investigación que se centran en los datos del pasado de la historia. Esto ayuda a la odontología continúan haciendo mejoras en la atención al paciente. Este permiso de formulario subvenciones para utilizar su información de salud y o y dental, / de su hijo privada mantenida por el dentista Eugene niños en estudios de investigación. El uso de la información con fines de investigación se suma a los usos descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

1. **Consentimiento para la carta de la opinión:** Yo permito a Dr. Hung y colaborando equipos de investigación educativa para revisar la mina y / o registro dental de mi hijo para su posible uso en investigación en estudios tabla de revisión. Este tipo de investigación sólo mira hacia atrás en los registros clínicos existentes, y no implica ningún otro contacto conmigo. Mi identidad e información de salud personal se mantendrán confidenciales en virtud de los términos del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA que se proporcionó a mí.
2. **El consentimiento para Fotos-Uso Externo:** Doy mi consentimiento para cualquier intraoral (En el interior de la boca) y fotografías de imágenes clínicas con el fin de presentaciones educativas externas. Entiendo que la información / fotografía / imágenes contendrán ninguna información que pueda identificar a la persona y serán propiedad exclusiva del Dr. Hung libre y limpio de cualquier reclamación de mi parte.

La naturaleza voluntaria de este Consentimiento

Su decisión de si debe o no su consentimiento no afectará sus relaciones actuales o futuras con sus médicos o el personal. Si decide dar su consentimiento, usted es libre de retirarse en cualquier momento sin que afecte a dichas relaciones. Debe proporcionar una solicitud por escrito a retirarse del consentimiento para la revisión de las historias y fotos para la utilización externa.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

Reconocimiento buena salud oral

De vez en cuando, se incluyen fotos de los pacientes en nuestra cavidad libre Club en nuestra página de Facebook, y en los materiales promocionales. Al firmar a continuación, usted da permiso para que le fotos de su hijo como se describe a reconocer una buena salud oral. Usted no está obligado a dar su consentimiento a este uso de la información.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

Políticas financieras y Acuerdo

Política cita perdida

Trabajamos diligentemente para ver todos nuestros pacientes de manera oportuna. Las citas perdidas nos dejan agujeros en nuestro programa que no nos permite brindar una atención oportuna a los niños de nuestra comunidad. Las citas perdidas perjudica a todos. Por lo tanto, hemos establecido una "Política cita perdida", que establece que **las citas no canceladas dentro de las 48 horas de antelación mínimo se cobrará una cuota de \$ 50.00.** En el caso de que se olvida de 2 citas, que dará a conocer paciente de la oficina y ser felices para reenviar la historia del paciente a su consultorio dental de preferencia.

Ha fallado la sedación oral y Nombramientos Operativos

Debido a la gran demanda de citas de sedación consciente, hemos puesto en marcha un "Missed Política cita quirúrgica / Operativo" animar a los pacientes a mantener sus citas. Si no puede asistir a su cita, debe llamar a un mínimo de 72 horas de antelación. Si no tenemos un preaviso de 72 horas de cancelación, se le cobrará **\$200 no reembolsable "tasa de nombramiento quirúrgico/Operativo fallado"**.

Pago / póliza de seguro

Como cortesía, presentamos las reclamaciones de seguros para nuestros pacientes. **Todas las porciones estimadas de pacientes deben ser pagados al momento del servicio.** Esta cantidad es una estimación de su copago y trabajamos duro para que esto lo más preciso posible. **Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su seguro.**

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard. También ofrecemos financiación a través de CareCredit e In-House financiación.

Yo entiendo que soy responsable del pago de todos los honorarios para el tratamiento dental que no están cubiertos por el seguro médico o dental del paciente. El padre o tutor que acompaña al paciente a la cita serán responsables de porciones estimadas en el momento del tratamiento, a menos que se han hecho arreglos previos. Estoy de acuerdo en que si la cuenta se refiere a la colección, que será responsable de todos los cargos colecciones incluyendo los honorarios del abogado.

Padre/tutor legal Firma _____ Fecha _____

Eugene Kids' Dentist LLC

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

* Usted puede negarse a firmar Esta Confirmación *

Yo, _____ have recibido una copia del Aviso de de esta oficina
<< Cliente de facturación Nombre >> << factura correspondiente Apellido >>

Prácticas de privacidad.

Por favor imprima << Cliente de facturación Nombre >> << factura correspondiente Apellido >>

Firma _____

Fecha _____

Sólo para uso de oficina

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

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

Witness: _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Consentimiento para el Tratamiento

Consentimiento para Examinar

Es nuestra política para mantenerlo informado e involucrado en el progreso dental de su hijo. Un examen típico consiste en instrucción de higiene oral, la limpieza de los dientes, la aplicación de un fluoruro tópico, rayos X, y el examen de los dientes, tejidos duros y blandos de la boca, la mordida y la mandíbula. Excepto en una situación de emergencia o si la enfermedad ya existente se encuentra, no hay otro tratamiento se llevará a cabo durante un examen. Sin embargo, después del examen, vamos a crear un plan de tratamiento que puede incluir rellenos, gorras, extracciones, etc., y buscará su consentimiento antes de realizar el tratamiento identificado. Los planes de tratamiento pueden abarcar múltiples visitas y una vez que se obtiene el consentimiento, no vamos a buscar el consentimiento de nuevo a menos que el plan de tratamiento cambia. Al firmar a continuación, usted da su consentimiento para el dentista Eugene niños para realizar un examen como se describe anteriormente. Usted certifica, además, que usted tiene autorización legal para dar su consentimiento para el tratamiento dental y médica para el paciente.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

Consentimiento alternativa

Reconocemos que no siempre es factible para el padre o tutor legal para acompañar a un niño a su nombramiento o estar disponibles para dar su consentimiento para el tratamiento. En un esfuerzo por nosotros para asegurarse de que el niño es capaz de continuar con la atención, nos gustaría saber si hay otros que están autorizados a dar su consentimiento para el tratamiento de su hijo. Al firmar a continuación, usted da la autorización para la persona (s) que figura a dar su consentimiento para el tratamiento médico / dental recomendada incluyendo, pero no limitado a, el diagnóstico, la aplicación de tratamientos tópicos (fluoruro, selladores), anestesia, y los procedimientos dentales invasivos rayos x . Esta autorización permanecerá en efecto hasta que nos notifique por escrito de cualquier cambio.

Nombre

Relación con el paciente

Número de teléfono

Firma

Relación con el paciente

Fecha