



1179 E Paris Ave SE, Suite 130
Grand Rapids, MI 49546-3682
Phone: (616) 226-1370
Fax: (616) 327-6370
Email: michigan@carepointanesthesia.com
<https://cpmich.com>

CONTRATO DE SEGURO DUAL (Con Healthy Kids De Michigan)

Por (Nombre De Su Hijo/a): _____ **Fecha De La Cita:** _____

El **CarePoint Dental Anesthesia Group of Michigan PLLC**, en adelante conocido como "CarePoint", se dedica a proporcionar servicios especializados de anestesia en el entorno familiar y confortable de la consulta de su dentista, aportando un toque personalizado y adaptado al cuidado de su hijo.

_____ Para fines de procesamiento de reclamos, este Acuerdo de Póliza de Seguro Dual y el Formulario de Información de Seguro Dual (página siguiente) deben ser completados y recibidos por CarePoint antes de la cita programada de su hijo.

_____ CarePoint no está en la red de ninguna compañía de seguros privada.

_____ CarePoint es una entidad separada de su dentista y que todos los honorarios, tiempos operativos y/o procedimientos dentales relacionados se facturan por separado.

_____ Debido a que CarePoint está fuera de la red con TODAS las compañías de seguros privadas, a menudo negarán el reclamo y le enviarán la copia de la Explicación de Beneficios ("EOB") directamente a usted. Por favor, proporciónenos una copia, ya que es requerida por Healthy Kids of Michigan (BCBS o Delta Dental of MI) para que sea parte de la documentación de apoyo cuando presentemos nuestro reclamo a ellos para su procesamiento.

_____ Entiendo que seré responsable financieramente por el servicio de anestesia dental provisto por CarePoint, si no envío la copia requerida de la EOB en forma oportuna.

_____ El hecho de tener un seguro no garantiza el pago del servicio de anestesia dental. Entiendo que sería mi responsabilidad financiera en caso de que el seguro no pague el servicio.

RECONOCIMIENTO

Yo, el abajo firmante, certifico que he leído, entendido y reconozco que he retenido una copia de este Acuerdo de Póliza de Seguro Dual. También entiendo y reconozco mis responsabilidades financieras por los servicios de anestesia dental proporcionados por CarePoint, en caso de que las reclamaciones presentadas por CarePoint sean rechazadas por mis seguros privados y por Healthy Kids of Michigan (BCBS o Delta Dental of MI).

Firma de Suscriptor Principal

Relación con la Paciente

Fecha

Formulario de Información Sobre el Doble Seguro

(Por favor, rellene este formulario en su totalidad para evitar cualquier retraso en el proceso de presentación de la reclamación PRIMARIA).

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Número De Identificación O Seguro Social: _____

Número De Póliza: _____ Empleado Por: _____

Nombre De La Compañía De Seguros: _____

Dirección De La Compañía

SEGURO DENTAL SECUNDARIOS (Si es BCBS o Delta Dental of MI, por favor, salte y complete la siguiente sección.)

Nombre Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Número De Identificación O Seguro Social: _____

Número De Póliza: _____ Empleado Por: _____

Nombre De La Compañía De Seguros: _____

Dirección De La Compañía

Healthy Kids of Michigan

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Número De Identificación # _____ BCBS Delta Dental of MI

RECONOCIMIENTO

Yo, el abajo firmante, autorizo por la presente la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico y los registros del tratamiento de anestesia dental prestado a mi hijo durante el período de dicha atención dental, a terceros pagadores, profesionales de la salud o según lo requiera la ley.

Firma de Asegurado

Relación con la Paciente

Fecha

Forma De Admisión De Nuevos Pacientes (Con Healthy Kids De Michigan)

Información Del Paciente

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M [] F [] **Peso (Libras):** _____ **Altura:** _____

Healthy Kids Identificación del Miembro: _____ [] **BCBS** [] **Delta Dental**

Nombre Del Oficina Dental: _____ Numero De Contacto: _____

Dirección Del Oficina Dental: _____

Nombre De Doctor Primario: _____ Numero De Contacto: _____

(Si Es Apilable)

Nombre De Médico Especialista: _____ Numero De Contacto: _____

Información de los Padres o Tutores Legales

Por Favor Marque Uno

Madre [] **Padre** [] **Guardian Legal** [] **Otro:** _____

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero De Contacto: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Información Del Embarazo/Recién Nacido

¿Hubo Alguna Complicación Durante El Embarazo O El Parte? [] NO [] SI, La Razón: _____

1. Parto: [] VAGINAL [] CESARA, La Razón: _____

2. ¿Fue Su Hijo/a Prematuro? [] NO [] SI, Nacidos Al Numero De Semanas _____

3. ¿Hubo Alguna Complicación Cuando Estaba Recién Nacido?

Historia De Infancia Y Adolescencia

1. ¿Su Hijo/a Tiene Algún Alergia A Medicamentos, Suplementos? ¿O Látex? [] NO [] SI, Selección Que Tipo De Reacción: [] Comezón [] Ronchas [] Sala De Emergencias [] Otra reacción: _____

2. ¿Su Hijo/a Ha Sido Hospitalizado? [] NO [] SI, La Razón? _____

3. ¿Su Hijo/a Ha Tiendo Cirugía? [] NO [] SI, La Razón? _____

4. ¿Ha Recibido Su Hijo/a Alguna Vez Anestesia General? [] NO [] SI, ¿Si Ha Recibido Anestesia Tuvieron Problemas? _____
5. ¿Alguien En Su Familia Hay Tenido Problemas Con Anestesia General? [] NO [] SI, ¿Que problemas? _____
6. ¿Ha Sido Su Hijo/a Tratado O Diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades?

	SÍ	NO	CUANDO	MEDICINA / TRATAMIENTO
Enfermedades del Corazón				
* Soplo Cardíaco				
* Presión Arterial Alta				
* Latidos Irregulares del Corazón				
* Defecto Cardíaco Congénito				
* Otros Problemas Cardíacos				
Enfermedades Pulmonares				
* Sibilancias / Broncoiolitis				
* Asma				
* Neumonía				
* Apnea Obstructiva del Sueño				
* Otro Problema Pulmonar				
Otras Condiciones				
* Diabetes				
* Enfermedades Renales				
* Alergias Estacionales / Eczema				
* Úlcera / Geriátrica / Hernia				
* Infección de Oído Recurrente				
* Trastorno Convulsivo				
* Condición Psiquiátrica				
* Síndrome Genético				
* Discapacidad De Aprendizaje				
* Anemia				

Por favor, indique cualquier otra condición médica: _____

***** DIRECTRICES PREOPERATIVAS*****

- **Absolutamente NADA QUE COMER ni BEBER 8 horas antes de la hora programada para su cita, a menos que lo haya comentado con su proveedor de anestesia. (El consultorio dental le informará la hora de la cita de su hijo).**

***** NOTIFICACIÓN IMPORTANTE *****

Un padre o un tutor legal debe estar presente y permanecer en el consultorio dental durante el tiempo de servicio.

HIPAA Y NUESTRAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

(La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") aborda la manera en que la información de salud individual de un Paciente puede ser utilizado o divulgado por Entidades cubiertas (según se define en HIPAA) y otras personas y entidades, como un Proveedor. Para más información con respecto a sus derechos bajo HIPAA, visite su sitio en <https://hhs.gov/ocr/privacy>).

Inicie a continuación que ha leído, entendido y reconoce lo siguiente:

- Doy permiso a CarePoint para que se comunique conmigo por correo electrónico, mensajes de texto y a mis dispositivos móviles.
- Entiendo que tengo la opción de acceder y/o ver el Aviso de prácticas de privacidad en línea en <https://carepointanesthesia.com> o recibir una copia impresa.
- Si es necesario, por la presente solicito y doy mi autorización a los proveedores médicos de mi hijo para divulgar su información médica registros de historial a CarePoint. También entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento.
- Entiendo que doy permiso a CarePoint para que use y divulgue los datos de salud protegidos de mi hijo. Información para llevar a cabo el tratamiento de anestesia dental, actividades de pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento.

RECONOCIMIENTO

Yo, el abajo firmante, certifico que he leído las pautas preoperatorias anteriores y que la información anterior es completo y exacto a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incompleta o inexacta puede influir negativamente en el tratamiento y los resultados del tratamiento de mi hijo.

Firma de Padre/Del Tutor Legal

Relación con la Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTHESIA

Por (Nombre De Su Hijo/a): _____ Fecha De La Cita: _____

La siguiente se proporciona para informar a los pacientes y los padres de tener un tratamiento bajo anestesia. La información no se presenta para que esté más preocupado, sino más bien para que pueda entender mejor los riesgos y beneficios implicados con el tratamiento anestésico.

Por la presente autorizo y solicito a cualquier médico representado con CarePoint Dental Anesthesia para administrar la anestesia como se indicó anteriormente conmigo. Entiendo y acepto que los procedimientos no se hablan, pero que se consideren necesarios para el bienestar de mi hijo, se puede realizar como complemento a la anestesia planificada. Se ha explicado que todos los tipos de anestesia, aunque son seguros, implican algunos riesgos y no se pueden ofrecer garantías sobre los resultados. Las complicaciones graves son muy raras. Las siguientes son las complicaciones que pueden estar asociados con el tratamiento anestésico:

Las Complicaciones Más Frecuentes:

- ✦ Dolor y / o hematoma en el lugar de la inyección
- ✦ Gargantúa y / o Ronquera Sore
- ✦ Dolores Musculares
- ✦ Las Náuseas y / o Vómitos

Las Complicaciones Raras:

- ✦ Lesiones del Corazón
- ✦ El daño cerebral o la muerte

Complicaciones Poco Frecuentes:

- ✦ Dolor de Cabeza
- ✦ Las Lesiones en los labios o los dientes de instrumentos o dispositivos de vía aérea
- ✦ Inesperada reacción a fármacos
- ✦ La infección en el sitio intravenoso y venas en las inmediaciones
- ✦ Sangrado / lesiones en la nariz debido al paso de un tubo de respiración
- ✦ Infección pulmonar
- ✦ Lesión o infección ocular
- ✦ La debilidad en la respiración después de despertar
- ✦ Daño en el nervio

- Las opciones alternativas a la anestesia general profunda sedación / se han discutido conmigo y pueden incluir el uso de anestesia local con sedación con óxido nitroso o anestesia local solamente.
- Confirmando que mi hijo (el paciente) no ha comido ni bebido nada 8 horas antes de la hora programada para su cita. Los líquidos claros (es decir, agua, zumo de manzana, Gatorade, 7-Up o Sprite) se pueden consumir después de la medianoche, pero deben dejarse de consumir cuatro (4) horas antes de la hora de la cita que le proporcionó el consultorio dental.
- Certifico que, a mi conocimiento que el paciente no está embarazado o tratando de quedar embarazada.
- He leído y acepto el Aviso HIPAA sobre prácticas de privacidad en nuestra página web, www.cpmich.com.

RECONOCIMIENTO

Doy mi consentimiento para la anestesia que estime adecuado a mi anesthesiologo. Reconozco que he leído este formulario o lo ha leído a mí y que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del plan de anestesia de la atención. Certifico que la información médica que he proporcionado en esta consulta preoperatoria es completa y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Ha sido revisado conmigo y considerado completa. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente en el tratamiento y los resultados del tratamiento del paciente.

Paciente / Firma del tutor legal

Relación con el paciente

Fecha