

Forma De Admisión De Nuevos Pacientes (con Health First Colorado)

Información Del Paciente

Nombre: _____ **Medicaid ID de Miembro:** _____

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

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 Anesthesia Group 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 inyecciones
- 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.
- ✦ 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, <https://carepointanesthesia.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

Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) Formulario de Divulgación de Servicios Dentales No Cubiertos

Los miembros o tutores legales de Health First Colorado (Medicaid) pueden comprar servicios dentales adicionales como procedimientos o tratamientos no cubiertos por una tarifa adicional. Medicaid requiere que el proveedor participante y el miembro o tutor legal completen este Formulario de divulgación de servicios dentales no cubiertos de Health First Colorado antes de prestar estos servicios. Se debe guardar una copia de este formulario completo y firmado en el registro de tratamiento del miembro/paciente. Si el miembro o tutor legal elige recibir los procedimientos o tratamientos no cubiertos, se le cobrará una tarifa al miembro o tutor legal, que no exceda la tasa máxima de las tarifas habituales y habituales (UCF) del proveedor participante, como pago total por el(los) procedimiento(s) o tratamiento(s) acordado(s).

El miembro o tutor legal es financieramente responsable de dichos servicios o tratamientos no cubiertos, según lo define el Programa dental de Health First Colorado en la sección 4.10 del Manual de referencia de la oficina (ORM) de DentaQuest. El miembro o tutor legal puede estar sujeto a una acción de cobro si no realiza el pago requerido. Si el miembro o tutor legal está sujeto a una acción de cobro, los términos de la acción deben mantenerse en el registro de tratamiento del miembro/paciente.

Esta sección debe ser completada por CarePoint Dental Anesthesia Group, LLC:

Hicimos nuestra debida diligencia en nombre del tutor legal y lo educamos sobre los beneficios cubiertos de su hijo y le informamos que es posible que Health First Colorado no pague estos procedimientos.

1. Código de procedimiento "D9219" – GA, Evaluación, tarifa de Medicaid @ \$42.97
2. Código de procedimiento "D9222" – GA, primeros 15 minutos, tarifa de Medicaid @ \$109.23 por unidad*
3. Código de procedimiento "D9223" – GA, incrementos adicionales de 15 minutos, tarifa de Medicaid a \$95.27 por unidad*

Nota: (*) Lista actual de tarifas dentales de Medicaid vigente a partir del 11/23/2022.

4. El monto total del servicio que se prestará es: **"CUALQUIER CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO NO PAGADO, POR EOB"**.

Esta sección debe ser completada por el tutor legal:

A mí, _____, se me ha dicho que mi hijo requiere, o que he solicitado, servicios de anestesia dental que no están cubiertos por Health First Colorado.

Lea las siguientes declaraciones y marque "Sí" o "No" a continuación:

1. Estoy dispuesto a que mi hijo reciba servicios de GA que no están cubiertos por Health First Colorado. ___ **Sí** ___ **No**
2. Soy consciente de que soy financieramente responsable de estos servicios de GA. ___ **Sí** ___ **No**
3. Soy consciente de que Health First Colorado no está pagando por estos servicios de GA. ___ **Sí** ___ **No**

Firma: _____
Tutora Legal

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Identificación de miembro: _____