



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y MEDIOS

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA LA PRIMERA VISITA Y TODAS LAS VISITAS FUTURAS

1. *Profilaxis (limpieza) y tratamiento tópico con flúor*
2. *Radiografías dentales*
3. *Empastes dentales*
4. *Selladores*

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

1. Comprendo que mi hijo puede necesitar uno o más de los servicios dentales enumerados anteriormente en el American Pediatric Dental Group (APDG). Se me comunicó que se esperan resultados buenos; sin embargo, la posibilidad de complicaciones no puede preverse con precisión. Por lo tanto, no se brindan garantías, expresas o implícitas, con respecto al tratamiento.
2. Comprendo completamente y autorizo al dentista a realizar cualquier tratamiento necesario que, a su criterio, sea lo mejor para la salud de mi hijo una vez que el tratamiento haya comenzado. Si bien la incidencia es poco frecuente e impredecible, se conocen algunos riesgos asociados con los procedimientos quirúrgicos dentales o bucales y los medicamentos y la anestesia asociados. Estamos obligados a divulgar los riesgos conocidos de adormecimiento, infección, aspiración (tragar), sangrado, hinchazón, decoloración, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas y cicatrices. Comprendo y acepto que las complicaciones pueden requerir asistencia médica y hospitalización. También comprendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a afecciones encontradas mientras se trabaja en las encías o los dientes que no se detectaron durante el examen. Los más comunes son la necesidad de realizar una terapia de los nervios o la pulpa dental o extraerlos después de procedimientos de restauración rutinarios. Otorgo mi permiso al dentista para que haga los cambios y las adiciones que considere necesarios.
3. **COMPRENDO QUE SE EMPLEA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y GRABACIONES DE VÍDEO PARA DOCUMENTAR Y ASISTIR EL CUIDADO DE MI HIJO.** Estas imágenes pueden usarse para hacer reclamos al seguro, así como para fines educativos en reuniones del club de estudio, conferencias, seminarios, demostraciones y publicaciones profesionales (diarios y revistas), lo que incluye, entre otras cosas, reuniones de instrucción de proveedores y asistentes dentales del APDG. Si se emplean las fotografías o grabaciones digitales en una publicación o como parte de una demostración, se mantendrá la confidencialidad del nombre de mi hijo y la demás información que permita identificarlo.
4. **PADRES/TUTORES LEGALES - COMPRENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:**
 - Durante la totalidad de cada visita, debe estar presente uno de los padres (o el tutor legal).
 - Los tutores legales deben presentar la documentación correspondiente para demostrar la tutela.
 - Si desea que su hijo esté acompañado por otro adulto mayor de 18 años de edad, debe completar el formulario Asignación de decisión de tratamiento. El adulto designado debe presentar la identificación correspondiente en el momento de la visita.
 - Debe mantener actualizada la información de contacto que tengamos para usted.
5. **TARDANZA - COMPRENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:**
 - Aplicamos una política de tardanza estricta, pero trabajaremos con usted para mantener su cita, siempre que nos llame para avisarnos.
 - Las llegadas tarde provocarán tiempos de espera más largos para darle un lugar en el cronograma.
 - Nos reservamos el derecho de reprogramar a los pacientes que lleguen tarde en caso de ser necesario (la ausencia provocará un punto negativo en su cuenta).
 - Las tardanzas excesivas pueden provocar la terminación de la relación con el paciente.
6. **CANCELACIONES A ÚLTIMO MOMENTO/PUNTOS NEGATIVOS/TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE - COMPRENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:**
 - Debe avisarnos con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar una cita. Implementamos una política de cancelación/ausencia estricta. Las cancelaciones que se avisen con menos de 24 horas de anticipación y las ausencias generarán un punto negativo en la cuenta.
 - Dos o más tardanzas consecutivas provocarán un punto negativo.
 - Después de dos puntos negativos, su hijo dejará de ser paciente de nuestro consultorio.
 - Debido a la demanda elevada de citas para los días sábado, las cancelaciones a último momento y las ausencias provocarán que el paciente no pueda tener otra cita un día sábado durante tres meses.
 - Si deja un mensaje de voz y el día y la hora de dicho mensaje son 24 horas antes de la cita o más, no recibirá un punto negativo.



GENERAL DENTAL TREATMENT CONSENT FORM & CONSENT FOR MEDIA PHOTOGRAPHS

CONSENT FOR GENERAL PROCEDURES FOR FIRST AND ALL FUTURE VISITS

1. *Prophylaxis (Cleaning) and Topical Fluoride Treatment*
2. *Dental Radiographs*
3. *Dental Fillings*
4. *Sealants*

ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT

1. I understand that my child may need to receive one or more of the dental services listed above at American Pediatric Dental Group. I am advised that good results are expected; however, the possibility of complications cannot be accurately anticipated. Therefore, no guarantee, expressed or implied, can be given to me regarding this treatment.
2. I fully understand and authorize the dentist to perform any necessary treatment that in his/her judgment will be in the best interest of my child's health, once treatment has begun. Although the occurrence is rare and unpredictable, some risks are known to be associated with dental or oral surgical procedures, medication, and/or anesthetics. We are required to disclose the known risks of numbness, infection, aspiration (swallowing), swelling, bleeding, discoloration, nausea, vomiting, allergic reaction, and scarring. I understand and accept that complications may require medical assistance and hospitalization. I also understand that during treatment it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the gums or teeth that were not discovered during examination. The most common being the need for nerve (pulp) therapy or extraction following routine restorative procedures. I give my permission to the dentist to make any/all changes and additions as he/she deems necessary.
3. I UNDERSTAND THAT PHOTOGRAPHS AND LIVE VIDEO RECORDING ARE USED TO DOCUMENT AND ASSIST WITH MY CHILD'S CARE. These images may be used for insurance claim submittal as well as for educational purposes in study club meetings, lectures, seminars, demonstrations, and professional publications (journals, magazines), including but not limited to, instructional meetings amongst APDG providers and dental assistants. If the photographs or any digital recordings are used in any publication or as a part of a demonstration, my child's name or other identifying information will be kept confidential.
4. **PARENTS/LEGAL GUARDIANS - I UNDERSTAND AND AGREE TO THE FOLLOWING:**
 - A parent (or legal guardian) must be present for each visit and during the entire visit.
 - Legal guardians must bring in appropriate documentation to verify guardianship.
 - If you want to send your child with another adult over 18 years of age, you must fill out a Treatment Decision Assignment form. The designated adult must provide appropriate identification at the time of the visit.
 - Please keep your contact information current with us.
5. **LATENESS - I UNDERSTAND AND AGREE TO THE FOLLOWING:**
 - We enforce a strict lateness policy but we will work with you to keep your appointment provided you call us.
 - Late arrivals will result in longer wait times to accommodate you into the schedule.
 - We reserve the right to reschedule late patients if necessary (a no show will result in a strike on your account).
 - Excessive lateness may result in patient dismissal as well.
6. **LAST MINUTE CANCELLATIONS/STRIKES/PATIENT DISMISSAL- I UNDERSTAND AND AGREE TO THE FOLLOWING:**
 - Please give us at least 24 hours' notice when cancelling or rescheduling your appointment. We enforce a strict cancellation/fail policy. Each cancellation with less than 24 hours' notice or a no show will receive an account strike.
 - Lateness of two or more consecutive times will result in a strike.
 - After two strikes your child will be dismissed as a patient from our office.
 - Due to high demand for Saturday appointments, any last-minute cancellation or no show will result in not being able to have another Saturday appointment for three months.
 - When leaving a voicemail if the time/date stamp on your message is 24 hours or more before your appointment you will not receive a strike.

7. **OTRAS POLÍTICAS DEL CONSULTORIO - COMPRENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:**

- Nuestro consultorio considera que el respeto por los miembros del equipo y los pacientes es de extrema importancia. Las personas que intencionalmente actúen de forma irrespetuosa dejarán inmediatamente de ser pacientes de nuestro consultorio.
- Nos tomamos el tiempo para tratar a los niños que están nerviosos, lo cual puede provocar demoras en las citas, pero siempre nos esforzamos por tratar a todos los pacientes en el horario pautado.
- No se permite comer ni beber dentro de nuestro consultorio.
- El área de espera tiene asientos limitados, y le pedimos que limite la cantidad de personas que acompañan al paciente cuando sea posible.
- Los pacientes con emergencias fuera del horario de atención pueden dirigirse a la sala de emergencias más cercana, como la del Joe DiMaggio Children's Hospital, ubicado en 1005 Joe DiMaggio Drive, Hollywood, FL 33021.

Reconozco que he recibido y revisado el Formulario de consentimiento para tratamiento dental general y el documento de Políticas y procedimientos de la clínica del American Pediatric Dental Group. Además, se me ha explicado todo el contenido de este documento, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este consentimiento y cualquier tratamiento propuesto. También comprendo que este consentimiento tendrá vigencia hasta el momento en que yo decida cancelarlo, y que dicha cancelación debe hacerse por escrito.

Firma del paciente o el padre/madre/tutor legal/representante personal
(si el paciente tiene menos de 18 años de edad o no puede firmar por otros motivos)

Escriba su nombre en letra de imprenta a continuación e indique su relación con el paciente.

Nombre del representante: _____

Relación: _____

Fecha: _____/_____/_____

Consentimiento para fotografías y medios

Otorgo mi consentimiento para que el American Pediatric Dental Group ("APDG") tome, o haga que un fotógrafo externo tome, y use fotografías de mi persona para fines publicitarios , educativos , de comercialización , de promoción y de recaudación de fondos mediante publicaciones internas , publicaciones externas , radio , televisión , vídeo , o Internet , incluidas las redes sociales . **[He seleccionado los fines y los medios que no deseo que se incluyan.]**

Dichas fotografías y grabaciones divulgarán el hecho de que he sido paciente del APDG y pueden incluir otra información sobre mí, como hechos que pueden inferirse a partir de las fotografías.

Puede /no puede usarse mi nombre. **[Seleccione una opción.]**

Comprendo lo siguiente:

- No estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento o para que se pague el cuidado.
- Los receptores de la información usada o divulgada bajo esta autorización pueden volver a usarla, y la información puede dejar de estar protegida por las reglamentaciones de privacidad.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al APDG, y la revocación entrará en vigencia en la fecha de la notificación (excepto para los usos y las divulgaciones que se realizaran antes de la revocación en base al consentimiento anterior).
- Esta autorización vencerá dentro de 10 años, a menos que yo indique algo diferente en una notificación por escrito.
- No recibiré pagos directos ni indirectos por las comunicaciones relacionadas con la(s) fotografía(s).

Nombre del (de los) paciente(s): _____

Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono: _____

Firma del paciente o el padre/la madre/tutor legal/representante personal
(si el paciente tiene menos de 18 años de edad o no puede firmar por otros motivos)

Si es el padre, la madre o representante personal, escriba su nombre en letra de imprenta e indique la relación con el paciente

Nombre del representante: _____

Relación: _____

7. OTHER OFFICE POLICIES- I UNDERSTAND AND AGREE TO THE FOLLOWING:

- Our office considers respect for its team members and patients of paramount importance. Individuals who intentionally act in a disrespectful manner will be immediately dismissed from our office.
- We take the time to treat children who are apprehensive which may cause appointments to run late at times, but we always strive to see all patients at their appointed time.
- No eating or drinking is permitted inside our practice.
- The waiting area has limited seating and we kindly ask that you limit the number of individuals accompanying the patient, whenever possible.
- Any patient with an after-hours emergency may go to the nearest emergency room such as Joe DiMaggio Children's Hospital located at 1005 Joe DiMaggio Drive, Hollywood, FL 33021.

I acknowledge that I have received and reviewed the American Pediatric Dental Group General Dental Treatment Consent Form and Clinic Policies and Procedures. Furthermore, everything herein has been explained to me and I have been given the opportunity to ask questions regarding this consent and any proposed treatment. I also understand that this consent will remain in effect until such time that I choose to terminate it and that such termination must be in writing.

Signature of Patient or Parent/Legal guardian/Personal representative

(if patient is under the age of 18 or otherwise incapable of signing)

Please print name below and state relationship to patient.

Name of Representative: _____

Relationship: _____

Date: _____ / _____ / _____

Consent for Media Photographs

I give my consent for American Pediatric Dental Group ("APDG") to take, or have an outside photographer take, and use photographs of me for publicity , educational , marketing , advertising , and fundraising purposes through internal publication , external publication , radio , television , video , or internet , including social media . **[I have selected any purposes or media format I do not wish included.]**

Such photographs and films will disclose the fact that I have been a patient of APDG and may contain other information about me, including facts that can be inferred from the photograph.

My name may / may not be used. **[Select one.]**

I understand the following:

- I am not required to sign this form in order to receive treatment or payment for my care.
- Information used or disclosed under this authorization may be reused by the recipient and may no longer be protected by privacy regulations.
- I may revoke this authorization at any time by notifying APDG in writing, and the revocation will be effective on the date notified (except to the extent action has already been taken based on my earlier consent).
- This authorization will expire in 10 years, unless I have given written notification stating otherwise.
- I will not receive direct or indirect payment for the communication related to the photograph(s).

Name of Patient (s): _____

Street Address/City, State, Zip: _____

Telephone: _____

Signature of Patient or Parent/Legal guardian/Personal representative

(if patient is under the age of 18 or otherwise incapable of signing)

If personal representative or parent, please print name and state relationship to patient

Name of Representative: _____

Relationship: _____



RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

MUY IMPORTANTE: EL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA DEL APDG ESTÁ DISPONIBLE PARA CONSULTA A PEDIDO EN NUESTRO CONSULTORIO Y NUESTRO SITIO WEB. INFÓRMENOS SI DESEA UNA COPIA.

Tengo autoridad legal sobre este niño y reconozco que tengo acceso y puedo consultar, o he consultado, una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) del American Pediatric Dental Group.

Nombre en letra de imprenta del padre, la madre o el tutor legal
(Si es el padre o la madre, escriba su nombre, firme y escriba la fecha solo aquí)

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha

Si es el representante personal, indique su relación con el paciente que le brinda la autoridad sobre él:

Poder notarial

Otro: _____

Nombre en letra de imprenta del representante personal

Firma del representante personal

Fecha

Tenga en cuenta lo siguiente: Usted tiene derecho a negarse a firmar este documento.

Solo para uso del consultorio dental

Intenté obtener el reconocimiento escrito de la recepción de nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** de la persona mencionada anteriormente, pero no pude debido a que:

Una emergencia nos impidió hacerlo.

Una barrera de comunicación nos impidió hacerlo.

La persona se negó a firmar.

Otro motivo: _____

Nombre en letra de imprenta
del miembro del personal

Firma del miembro
del personal

Fecha



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

VERY IMPORTANT: THE APDG HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES IS AVAILABLE TO REVIEW AT YOUR REQUEST IN OUR OFFICE AND ON OUR WEBSITE. PLEASE LET US KNOW IF YOU WOULD LIKE A COPY.

I have legal authority for this child and acknowledge that I have access to and am able to review, or have reviewed, a copy of American Pediatric Dental Group's HIPAA Notice of Privacy Practices.

Print Name of Parent or Legal Guardian (if you are the parent, print, sign and date here only) Parent/Legal Guardian's Signature Date

If you are the personal representative, please state your relationship to the patient that gives you authority over him/her:

Power of Attorney Other:

OR Print Name of Personal Representative Personal Representative's Signature Date

Please Note: It is your right to refuse to sign this acknowledgement.

Dental Office Use Only

I tried to obtain written Acknowledgement by the individual noted above of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:

- An emergency prevented us from obtaining acknowledgement.
A communication barrier prevented us from obtaining acknowledgement.
The individual was unwilling to sign.
Other:

Print Name of Staff Member Staff Member's Signature Date