



Special Anesthesia Services
 727 N. Baltimore
 Derby, KS 67037
 Phone: 316-788-5939
 Fax: 316-788-5945
 Email: office@sleepinsafety.com
 Website: www.sleepinsafety.com

Registro de Pacientes Pediatricos

Complete esta pagina de registro y enviela.

Fecha: _____ Altura del paciente: _____ Peso: _____ kg libras
 Nombre del dentista: _____ Dia de la cita: _____ Hora: _____ Longitud: _____
 Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____
 Edad del paciente: _____ sexo del paciente: masculino femenina
 Direccion del paciente: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
 Correo Electronico: _____

Informacion de contacto del paciente: *complete todos los contactos correspondientes con los que le esta dando permiso a nuestro consultorio para hablar con respecto a la proxima cita de sedacion dental de este paciente.*

Relacion con la/el paciente	Nombre	Numero de telefona con codigo de area
Padre Biologico		
Madre Biologico		
Padre Adoptivo		
Madre Adoptivo		
Guardian		
Abuelo/Abuela		
Otro:		

Aseguranza medico primaria: No aceptamos aseguranzas dentales!

Compania de aseguranza : _____ Empleado: _____
 Nombre del titular de la tarjeta: _____ fecha de nacimiento: _____
 Numero de identification: _____ Numero de Grupo: _____

Aseguranza medico secundaria:

Compania de aseguranza : _____ Empleado: _____
 Nombre del titular de la tarjeta: _____ fecha de nacimiento: _____
 Numero de identification: _____ Numero de Grupo: _____



Special Anesthesia Services

727 N. Baltimore

Derby, KS 67037

Phone: 316-788-5939

Fax: 316-788-5945

Email: office@sleepinsafety.com

Website: www.sleepinsafety.com

Informacion de seguro dental

El Seguro dental del paciente es a traves de BCBS of Kansas? Si No

Tarjetas de Seguro medico

Envie una copia de las tarjetas de Seguro medico del paciente. Incluya el anverso y el reverso de cada tarjeta y todos los seguros medicos que tenga el paciente.

Texto: sas444@icloud.com

Correo electronico: office@sleepinsafety.com.

Informacion financiera/de seguros

Los Servicios Especiales de Anestesia se comunicaan con el paciente/tutor con respecto a las tarifas de sedacion para el proximo procedimiento dental. Nuestra oficina requiere un deposito del 25% que debe pagarse 3 semanas antes del procedimiento de sedacion. Comuniquese con nuestra oficina si tiene preguntas o inquietudes

Requisitos de autorización médica

Los servicios espeiales de anesthesia rquieren autorizacion medica antes de proceder con la cita de sedacion en el consultorio. Esto incluire al medico de atencion primaria (PCP) del paciente y a cualquier especialista que vea el paciente. Asegurese de completar la informacion de la pagina siguiente con todos los medicos y especialistas que atiende el paciente. Neustra oficina solicitara los registros necesarios y la firmas de sus medicos que se enumeran en la pagina siguiente.

Historial Medico Pediatrico

Nombre del paciente: _____ **fecha de nacimiento:** _____

Edad del paciente: _____ **sexo del paciente:** masculino femenina

Altura del paciente: _____ **Peso:** _____ kg libras

Nombre del medico de cabecera: _____

Numero de telefona del medico de cabecera: _____

El paciente ve a algun medico especializado? Por favor complete si es asi Si No

Tipo de especialista	Nombre del especialista	Numero del telefono y ubicacion
Cardiologa		
Neurologa		
Neumologa		
Gastroenterologa		
Alergologa		
Nefrologa		
Urologa		
Cirujano plastico		
Otro:		

Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas, describala en el cuadro

*Su hijo esta siendo tratado por un medico en este momento: Cuando describa: Si No

*Su hijo/hija ha estado enferma en las ultimas 6 semanas? Cuando describa: Si No

*Esta su hijo tomando algun medicamento? Indique el nombre y la dosis: Si No

*Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado, operado o tratado en la sala de emergencias? Si No

*Alguna vez su hijo o miembros de su familia ha tenido una reaccion/problema con un anestesico? _____ Si No

*Su hijo ha tenido alguna vez una reaccion o alergia a antibioticos, esteroides, metales, acrilico, latex o cualquier otra alergia a medicamentos _____ Si No

Marque la casilla junto a todas las condiciones que su hijo tiene actualmente o ha tenido en el pasado.

Describe todas las Casillas marcadas en detalle al final de este formulario.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Problemas de vision, aduicion, o habla |
| <input type="checkbox"/> Infecciones cronicas de amigdalas/adenoides | <input type="checkbox"/> Trastornos del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueno | <input type="checkbox"/> Retrasos en el aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos/respiracion por la boca | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> Nauseas excesivas | <input type="checkbox"/> Paralisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Narices ensangrentadas | <input type="checkbox"/> Lesion cerebral traumatica |
| <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsions |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica/enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o migranas |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos |
| <input type="checkbox"/> hipertension | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia |
| <input type="checkbox"/> asma/enfermedad reactiva de las vias respiratorias | <input type="checkbox"/> Colocacion de la derivacion |
| <input type="checkbox"/> sibilancias/problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> fibrosis quistica | <input type="checkbox"/> Comportamiento, emocional, problemas de comunicacion/tratamiento |
| <input type="checkbox"/> tos o resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia |
| <input type="checkbox"/> neumonia/bronquitis | <input type="checkbox"/> Diabetes/Hiperglucemia/Hipoglucemia |
| <input type="checkbox"/> ictericia/hepatitis/problemas hepaticos | <input type="checkbox"/> Pubertad precoz |
| <input type="checkbox"/> reflujo acido | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales |
| <input type="checkbox"/> ulceras de estomago/problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides/pituitaria |
| <input type="checkbox"/> estrenimiento | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad de celulas falciformes/rasgo |
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias/restricciones dieteticas | <input type="checkbox"/> Desorden sanguineo |
| <input type="checkbox"/> Diarrea prolongada | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso involuntaria | <input type="checkbox"/> Moretones facilmente |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones con el peso | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimentico | <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/rinon | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor/Malignidad |
| <input type="checkbox"/> Artritis/escoliosis | <input type="checkbox"/> Quimioterapia/radiacion |
| <input type="checkbox"/> Uso limitado de brazos o piernas | <input type="checkbox"/> Trasplante de medulla osea o de organos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de musculos, huesos o articulaciones | <input type="checkbox"/> Mononucleosis/Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido/urticaria/eccema | <input type="checkbox"/> MRSA |
| | <input type="checkbox"/> ETS or VIH/SID |
| | <input type="checkbox"/> Sin historial medico |

A continuacion, proporcione los detalles de todas las Casillas que se marcaron si en la pagina anterior.

Prematuridad/estancia en la UCIN:

el paciente nacio prematuro? Si No

La paciente ha sido ingresada en la UCIN? Si No

Alguna vez el paciente estuvo intubado con el ventilador o CPAP? Si No

Tuvo el paciente alguna complicacion durante o despues del nacimiento? Si No

Mujeres de 12 a 18 anos: Existe alguna posibilidad de que la paciente este embarazada?

Si No

Existe algun historial medico materno o paterno significativo?

Si No

Existe algun otro historial medico significativo que no se haya incluido?

Si No

Fecha de finalizacion _____

Firma de la persona que complete este formulario _____

Nombre impreso de la persona que complete est formulario _____

Relacion con la paciente _____



Special Anesthesia Services
727 N. Baltimore
Derby, KS 67037
Phone: 316-788-5939
Fax: 316-788-5945
Email: office@sleepinsafety.com
Website: www.sleepinsafety.com

Hoja de instrucciones para el paciente SAS-pediatría

Su hijo recibirá medicamentos por vía intravenosa durante su procedimiento dental operatorio. Por tanto, es muy importante que siga las siguientes instrucciones. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar para obtener más instrucciones: 316-788-5939. Es esencial para la seguridad de su hijo que cumpla estrictamente con las siguientes políticas. De no hacerlo, resultará en la cancelación del procedimiento quirúrgico y puede poner a su hijo en peligro de sufrir una lesión pulmonar grave o la muerte.

- 1. Sin comida durante 8 horas antes de su llegada:**
 - a. Ningún alimento sólido de ningún tipo, leche, queso, yogur, helado, jugo o caldo
 - b. Sin caramelos, chicles ni vitaminas
 - c. Ningún producto que contenga proteínas o productos lácteos, incluso si parecen claros
- 2. Se permiten líquidos claros hasta 3 horas antes de la hora de llegada. Los líquidos aprobados son:**
 - a. Agua, Sprite/7-up/Sierra Mist o Gatorade de cualquier color o sabor
 - b. Gelatina simple sin frutas agregadas, sin verduras y sin crema batida
- 3. No debe entrar nada en la boca del paciente en la ventana de 3 horas directamente antes de su procedimiento.**
 - a. Sin chicle, caramelos, mentas, vitaminas ni sorbos de agua
- 4. NO cepille los dientes del niño en la mañana de la cita, el niño pueda tragar agua o pasta de dientes y esto resultará en la cancelación.**
- 5. NO envíe a su hijo a la escuela, guardería o nina el día de la cita. Los niños deben ser monitoreados por un padre o tutor en todo momento antes de la cita para verificar el cumplimiento de las políticas anteriores. De no hacerlo, resultará en la cancelación de la cita.**
- 6. Si su hijo tiene un inhalador o nebulizador, traiga su medicamento el día del procedimiento.**
- 7. Vista al niño con ropa cómoda, preferiblemente una camisa de manga corta. El niño más pequeño ocasionalmente se relajará lo suficiente como para perder el control de la vejiga. Es posible que desee considerar un pañal, tirar hacia arriba o cambiarse de ropa.**
- 8. Los niños requieren cuidados adicionales durante el transporte a casa desde su cita. Es muy recomendable que dos adultos acompañen al niño para que el conductor no tenga que atender al paciente en tránsito a casa.**
- 9. Después de la cirugía dental de su hijo, espere hasta el día siguiente antes de permitirle participar en cualquier actividad en la que una disminución en el estado de alerta el juicio o el coordinador podría causar un problema.**
- 10. Después de la cirugía, su hijo puede tomar analgésicos según las indicaciones del cirujano.**
- 11. Por favor traiga la documentación de tutela apropiada, si es necesario. Nuestra oficina requiere consentimiento médico y acuerdo de colocación.**

He leído las instrucciones anteriores, son claras para mí y acepto cumplir:

Fecha de finalización _____

Firma de la persona que complete este formulario _____

Nombre impreso de la persona que complete este formulario _____

Relación con el paciente _____



Special Anesthesia Services
 727 N. Baltimore
 Derby, KS 67037
 Phone: 316-788-5939
 Fax: 316-788-5945
 Email: office@sleepinsafety.com
 Website: www.sleepinsafety.com

Formulario de depósito para SAS/Aseguranza

Los servicios especiales de anestesia requieren un depósito no reembolsable del 25% de todos los pacientes. Este depósito debe pagarse 3 semanas antes de la cita programada; sin embargo, muchas veces la cita no se le programa a un paciente con 3 semanas de anticipación. En ese caso, se debe realizar un depósito lo antes posible antes de la cita programada. El monto del depósito se resta de la tarifa total de sedación. Los depósitos se consideran no reembolsables en el caso de una cancelación dentro de los 5 días hábiles, sin llamada / no presentación en la mañana de la cita y violación de NPO en la mañana de la cita. Si el paciente no es autorizado por razones médicas, se le devolverá el depósito.

Special Anesthesia Services tiene contrato con varias compañías de seguros médicos en el estado de Kansas. Todos los seguros médicos son únicos y ofrecen diferentes coberturas para los procedimientos de sedación. Algunos seguros tienen cobertura que depende de los montos restantes del deducible / límite de pérdidas y de los porcentajes de coseguro, mientras que otros planes de seguro no tienen ninguna cobertura. SAS presentará una solicitud a las compañías de seguros con las que somos proveedores participantes. Si SAS presenta una solicitud al seguro médico del paciente, todavía existe la posibilidad de que se deban pagar tarifas por el procedimiento. Si SAS es un proveedor no participante con el seguro médico del paciente, no se presentará ningún reclamo y las tarifas de sedación se pagarán en su totalidad en el momento del servicio.

****Special Anesthesia Services no puede facturar ningún seguro dental****

Las estimaciones de las tarifas de sedación se basan en el tiempo que pasa en la oficina del Proveedor de referencia. Las tarifas de la sedación se basan en el tiempo y subirán / bajarán según el tiempo que el paciente esté sedado. Una vez que se complete el papeleo de sedación, nuestra oficina lo llamará después de verificar la cobertura de su seguro y le informará el presupuesto para el procedimiento.

Todas las tarifas de sedación seran hechas en su totalidad en el momento del servicio, los planes de pago están disponibles a través de Care Credit

Special Anesthesia Services es un proveedor contratado con Care Credit. Si está interesado en obtener más información sobre Care Credit, visite su sitio web en www.carecredit.com para presentar la solicitud. Si está utilizando Care Credit para la próxima cita de sedación, su transacción puede calificar para un financiamiento sin intereses de 6 meses. Hable con uno de los miembros del personal de la oficina de SAS para obtener más información.

Nuestra oficina acepta todas las tarjetas principales (excepto American Express), Care Credit, cheques de caja, giros postales o efectivo. No se aceptarán cheques personales.

Special Anesthesia Services no es una parte incluida en los acuerdos de divorcio. El adulto acompañante con un paciente menor será responsable de las tarifas por los servicios de sedación.

Entiendo y he leído el depósito / información financiera anterior para el procedimiento de sedación con Special Anesthesia Services.

Fecha de finalizacion _____

Firma de la persona que complete este formulario _____

Nombre impreso de la persona que complete este formulario _____

Relacion con el/la paciente _____



Special Anesthesia Services
727 N. Baltimore
Derby, KS 67037
Phone: 316-788-5939
Fax: 316-788-5945
Email: office@sleepinsafety.com
Website: www.sleepinsafety.com

Consentimiento para obtener registros médicos

El historial médico de un paciente incluye una lista de diagnósticos médicos anteriores, enfermedades, cirugías, hospitalizaciones y medicamentos que sus proveedores de atención médica tienen en sus archivos. Esto incluye notas de visitas al consultorio, análisis de laboratorio, informes de ECG y eco, y cualquier otra documentación de pruebas médicas anteriores.

Una variedad de fuentes, incluido su médico de atención primaria y proveedores especializados, contribuyen a la recopilación de este historial. La información recopilada se almacena en el sistema de registro médico electrónico de la práctica y se convierte en parte de su registro médico personal.

El historial médico de un paciente es muy importante para ayudar a los proveedores a tratar adecuadamente sus síntomas y / o enfermedad. Es muy importante que usted y su proveedor discutan todo su historial médico para asegurarse de que su historial médico registrado sea 100% exacto.

Cuando el paciente tiene ciertas condiciones médicas o un historial médico pasado significativo, es necesario que SAS obtenga los registros médicos y la autorización de sus médicos antes de proporcionar anestesia en el consultorio para procedimientos dentales electivos en el entorno del consultorio.

Doy mi permiso para permitir que los Servicios de Anestesia Especial obtengan mi historial médico completo de mi médico de atención primaria, cualquier médico especializado y cualquier otro proveedor de atención médica, incluidos los hospitales de VA.

Fecha de finalización _____

Firma de la persona que complete este formulario _____

Nombre impreso de la persona que complete est formulario _____

Relacion con la paciente _____