



## Informacion del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Su Hijo/a vive Con: \_\_\_\_\_

Quien los Refirio: \_\_\_\_\_ # De Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Contactos De Emergencia

Encaso de Emergencia Notifique a: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Aseguranza Primaria

Nombre de el titular en la Poliza: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Correo Eletronico Personal: \_\_\_\_\_

Un correo Electronico Donde le podemos mandar recordatorios de la cita dental de su hijo/a.

(Por favor de continuaren la siguiente pagina)



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Guardian:** \_\_\_\_\_

**Occupacion:** \_\_\_\_\_ **Idioma preferido:** \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

**Dentista Previo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Fecha de la última visita dental:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Farmacia preferida:** Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_ **Telefono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Direccion de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Historia Medico**

**Nombre de Pediatra:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Están todas las vacunas al corriente? Si/ No**

**Alguna vez a estado hospitalizado o alguna cirugia ? Si/ No**

**La razon ,Como fue y cuando?** \_\_\_\_\_

**Liste medicamentos tomados por su hijo/a:** \_\_\_\_\_

**Liste alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Tiene problemas Medicos? Si/ No**

**Su hijo/a a sufrido alguno de esta historial medico:**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD                   | <input type="checkbox"/> Autism/Autismo            | <input type="checkbox"/> Hearing aid/Oidos                  | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorders/Hemorragias      |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma            | <input type="checkbox"/> Heart/Corazon             | <input type="checkbox"/> Chicken Pox/Viruela                | <input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis/Sinusitis Crónica |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease/Riñones | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Epilepcia                 | <input type="checkbox"/> Seizure/Convulsiones                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetis      | <input type="checkbox"/> Liver/Higado              | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy/ Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Measles/Zarampion                   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis           | <input type="checkbox"/> Fainting/Desmayos         | <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia                      | <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Soplos del Corazon     |
| <input type="checkbox"/> Lungs/Pulmones         | <input type="checkbox"/> Mumps/Paperas             | <input type="checkbox"/> Malignancy/Malignidad              | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fver/FiebreRheumatica     |
| <input type="checkbox"/> Problemas para hablar  | <input type="checkbox"/> Labio o paladar perforado | <input type="checkbox"/> Cancer                             | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                            |

**Describe endetalles cualquier de estos casos medicos que su hijo/a presente.**

\_\_\_\_\_

**He revisado y entiendo el cuestionario contestándolo correctamente para determinar el tratamiento dental apropiado para mi hijo(a) de acuerdo a el historial médico, entiendo que informare a la oficina de cual quier cambio medico, Yo doy autorización para usaresta informacion para los cargos hechos a la aseguranza, me ago responsable y algun cargo que la aseguranziege**

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Relacióna el Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Providers Signature:** \_\_\_\_\_



## FORMA DE CONSENTIMIENTO GENERAL (HIPAA)

Yo autorizo a Pediatric Pro Children's Dentistry & Orthodontics y sus asistentes para proveer tratamiento/procedimiento(s) según sea razonable, necesario y aconsejable. He sido informado de los motivos del tratamiento/procedimiento(s), igual que los beneficios, riesgos, y posibles consecuencias.

Con tal entendimiento, yo autorizo a Pediatric Pro Children's Dentistry & Orthodontics a ejercer exámen, tratamiento, laboratorios, pruebas y administrar medicamentos que en su opinión, sea necesario o aconsejable para mi hijo/a cuyo nombre aparece como mencionado anteriormente. Yo entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento al grado que la ley lo permita. Es de mi comprensión que no hay garantía o aseguración en los resultados dentales obtenidos.

### AUTORIZACION DE SEGUROS

Yo autorizo el pago directo de los beneficios médicos a Pediatric Pro Children's Dentistry & Orthodontics por los servicios dentales proveídos o por aquellos bajo su supervisión. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier saldo no cubierto por mi seguro, incluyendo cualquier cantidad de co-seguro, deducibles y co-pagos.

\*Dichas cantidades deberán ser pagadas tan pronto la factura o estado de cuentas sean recibidas por Usted, de lo contrario serán enviadas a una agencia de colección, en cuanto a recolección de nuestra parte sean agotados y no recibamos pagos de su parte o de su seguro. Yo certifico que la información proveída por mí refiriéndose al pago de servicios es correcto. Yo pido que el pago de los beneficios autorizado sea designado al médico por los servicios administrados.

### CONSENTIMIENTO POR EL USO Y REVELACION

Me han ofrecido una copia y he tenido la oportunidad de leer y considerar la Notificación de Práctica de Privacidad. Esta Notificación contiene una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, operación del sistema de salud, los usos y revelación que podemos hacer sobre su información protegida de salud, y otro material de importancia.

Yo comprendo que, al firmar este consentimiento, yo autorizo el consentimiento a su uso y divulgación de mi información protegida de salud como descrito en la Notificación de Práctica de Privacidad para con llevar el tratamiento, actividades de pago y operación del sistema de salud.

**Persona con la cual podemos compartir la información de su hijo/a:** \_\_\_\_\_

**Relation a el paciente :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre de el Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha De Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma de el Padre or Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## Acuerdo Financiero

### Reglamento De Citas

Gracias por ser nuestro Dentista particular. Hacemos todo lo posible para ver a cada uno de nuestros pacientes a tiempo y requerimos la misma actitud hacia nosotros. Los periodos de tiempo de cada cita están reservados con la cantidad de tiempo justo para el tratamiento dental que se vaya a realizar; espere a razón que cualquier modificación de citas afectará enormemente a nuestros pacientes. Se necesita un mínimo de 24 horas para cualquier cambio de cita. Una multa será cargada por romper citas sin previo aviso y deberá pagarse antes de su siguiente cita dental.

### ACUERDO FINANCIERO:

Es nuestro esfuerzo de mantener un alto nivel de cuidado profesional al mínimo costo posible para usted, se estableció el siguiente acuerdo

### PACIENTES SIN SEGURO:

Se requiere el pago que le corresponde el mismo día de el tratamiento, aceptamos: Dinero en efectivo. Tarjetas de debito o credito Visa, MasterCard, Discover.

**PACIENTES CON SEGURO:** Aceptamos la mayoría de seguros con previa verificación de elegibilidad y beneficios antes de ser atendido (a). Los deducibles y porciones estimadas de el paciente que no fueran cubiertas por su seguro serán cobrados el mismo día que se realicen los servicios.

El monto total relacionado con el tratamiento es enteramente responsabilidad del paciente. En caso de que no se reciba el pago del seguro como lo estimado anteriormente todo el balance restante será responsabilidad de el paciente.

Los tratamientos que consistan de varias visitas requerirán apropiado monto inicial para cubrir costos de laboratorio y material. El balance restante será cobrado el día en que el tratamiento sea completado.

Plan de Pagos podrá ser habilitado y arreglos deberán hacerse con anticipación del tratamiento. Será necesario la calificación y verificación de su crédito, tenga en cuenta que en un plan de pagos se podrá cobrar un significativo monto inicial y cargos financieros mensuales podrá ser cobrados. Saldos deberán ser pagados al recibir el estado de su cuenta con este establecimiento. Los saldos que no sean pagados en 25 días después de haber recibido su estado de cuenta.

Cualquier cargo hecho a esta oficina proveniente de compañías de colecciones relacionado con su cuenta retrasada serán añadidos a la cuenta de paciente.

Esperamos que esta información haya sido de ayuda para responder algunas de las preguntas que usted haya tenido sobre nuestros reglamentos, Por favor siéntase libre de hacer cualquier pregunta que usted tenga para nosotros.

**Yo he leído toda la información y estoy de acuerdo con los términos y condiciones.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firm de el Padre o Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**