



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 Peditra: _____ **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 cuenta 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 afecte 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 deben 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