

Acerca de su Hijo / Hija

El nombre de niño _____

Nombre que el niño prefiere que lo llamen _____

La edad _____ Género _____ Fecha de cumpleaños _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Nivel de grado _____ Pasatiempos / Mascotas _____

Otros niños y sus edades _____

Referido a nuestra oficina por (deseamos agradecerles) _____

Estado civil de los padres:

casado Divorciado Separado Viudo Soltero

Historial Medico

Si No ¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista? Si la respuesta es no, ¿cuándo fue la última visita y qué se hizo por su hijo? _____

Si No ¿Espera que su hijo sea un paciente colaborador? Si no, por favor explique. _____

Si No ¿Tienes agua de pozo en casa?

Si No ¿Su hijo toma tabletas de flúor o vitaminas con flúor?

Si No ¿Su hijo se ha golpeado algún diente? ¿Si es así cuando? _____

Si No ¿Su hijo tiene antecedentes de dolores de cabeza, dolor, chasquidos o chasquidos de las mandíbulas?

Si No ¿Su hijo todavía tiene un biberón nocturno?

Si No ¿Su hijo tiene dolor de muelas?

¿Su hijo tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas o hábitos?

Chuparse el dedo ¿Cuánto tiempo? Todavía activo Si No

Hábito con los dedos ¿Cuánto tiempo? Todavía activo Si No

Chupete ¿Cuánto tiempo? Todavía activo Si No

Historial Medico

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de su médico de cabecera por alguna razón médica? Sí No En caso afirmativo, explique _____

Nombre del médico de familia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

• ¿Su hijo goza de buena salud? Si no, explique Si No

• ¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico que no sea de rutina? En caso afirmativo explicar Si No

• ¿Su hijo tiene alergias a medicamentos? Si explique _____ Si No

• ¿Está tomando su hijo algún medicamento en este momento? Si es así, enumere. Si No

• ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o tratado en una sala de emergencias por algún trauma en particular? ¿Cuándo y por qué motivo? Si No

• ¿Su hijo tiene o ha tenido algún trastorno emocional, mental o nervioso? En caso afirmativo, explíquelo por favor. Si No

• ¿Le han extirpado las amígdalas y / o adenoides de su hijo? Si No

• ¿Su hijo respira por la boca? Si No Si es así, Rara vez Amenudo

Indique si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Alergia / sensibilidad al látex |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos o hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Autismo / Síndrome de Asperger | <input type="checkbox"/> Neoplasias malignas o leucemia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Alergia a otros medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno óseo | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido | <input type="checkbox"/> Positivo para el VIH |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Desorden endocrino | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones | <input type="checkbox"/> Problema del habla |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad / ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dolencia o soplo cardíaco | Escriba, si lo conoce _____ |

¿Está el niño bajo el cuidado de un cardiólogo o médico especial para el problema? Si es así, a quién _____

Teléfono _____

Por favor comente sobre cualquier problema que haya sido verificado en las áreas anteriores _____

Considera que su hijo es:

• Avanzado en el proceso de aprendizaje Si No

• Progresa normalmente Si No

• Aprende lento Si No

La Persona Responsable

Nombre completo de la madre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SS# _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de negocios _____ Empleador _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Seguro Dental Si No

Compañía de seguros _____ Número de grupo o plan _____

Teléfono de la compañía de seguros _____

Nombre completo del padre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SS# _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de negocios _____ Empleador _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Seguro Dental Si No

Compañía de seguros _____ Número de grupo o plan _____

Teléfono de la compañía de seguros _____

Pariente / amigo más cercano

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Relación _____

En caso de que no esté en casa, ¿cuál es el de su vecino?

Nombre _____ Número de teléfono _____

Historia Dental

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? _____

¿Se supervisa el cepillado de los dientes? Si No

¿Quién lo hace? _____

¿Se usa hilo dental? Si No

Recibe su hijo: Fluoruro en vitaminas

Tabletas / gotas de fluoruro Agua embotellada

Agua fluorada Agua de pozo

Información Financiera

Formas de pago:

Cheque o efectivo al momento del tratamiento

Formulario de Visa, MasterCard, American Express o Discover

Insurance con copago al momento del tratamiento

Otros: _____

- Se espera el pago al momento del tratamiento.
- Todos los pacientes de emergencia (que son atendidos por primera vez) deben pagar el total al momento del tratamiento.
- Los pacientes con seguro pueden pagar su porción estimada, incluido el deducible, en el momento del servicio. Es responsabilidad de los padres asegurarse de que la compañía de seguros realice el pago puntualmente. Cualquier saldo del seguro de más de 60 días vence y es pagadero por los padres.

Si mi cuenta requiere el servicio de una agencia de cobranza o de un abogado, entiendo que seré responsable de los honorarios de cobranza, los honorarios del abogado y los costos judiciales aplicables, además de mi saldo pendiente.

Por la presente autorizo el pago directamente a Dentistry for Children, los beneficios del seguro grupal que de otro modo me pagarían a mí y autorizo la divulgación de información sobre el tratamiento a la compañía de seguros.

Firma (Garante)

Reconocimiento del aviso de privacidad

**** PUEDE RECHAZAR FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO ****

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta) he recibido una copia de las prácticas de privacidad de esta oficina.

Firma

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de la recepción de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no pudimos obtener el acuse de recibo porque:

- La persona se negó a firmar
- La barrera de comunicación prohibió firmar el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otro (especifique)

Consentimiento General

Lea este formulario con atención. Si tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de ayudarle.

- Por la presente autorizo y ordeno al dentista y / o auxiliares dentales para que realicen un tratamiento dental con el uso de cualquier radiografía (rayos X) necesaria o aconsejable y / o cualquier otra ayuda de diagnóstico con el fin de completar un plan de diagnóstico y tratamiento completo. _____
Iniciales
- Entiendo que las radiografías, fotografías, modelos de la boca y / u otras ayudas de diagnóstico utilizadas para un diagnóstico preciso y la planificación del tratamiento son propiedad de los médicos, pero hay copias de ciertas ayudas disponibles a pedido. _____
Iniciales
- En términos generales, los procedimientos dentales pueden incluir, entre otros:
 - Examen bucal completo, radiografías, limpieza de los dientes y aplicación de fluoruro tópico.
 - Aplicación de "selladores" de resina en las ranuras de los dientes.
 - Tratamiento de dientes enfermos o lesionados con raciones de restauración dental (empastes).
 - Tratamiento de tejido bucal enfermo o lesionado secundario a lesiones traumáticas y / o accidentes y / o Infecciones.
- Entiendo que el médico no es responsable por tratamientos dentales previos realizados en otros consultorios. Entiendo que, en el curso del tratamiento, esta odontología previamente existente puede necesitar ajustes y / o reemplazo. Me doy cuenta de que no siempre es posible garantizar resultados o satisfacción absoluta en el servicio de salud dental. _____
Iniciales
- Certifico que si yo y / o mis dependientes tenemos cobertura de seguro, cedo directamente al dentista todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. _____
Iniciales
- He respondido todas las preguntas sobre mi historial médico o el de mi dependiente y el estado de salud presente de manera completa y veraz. Le he informado al dentista u otro personal del consultorio sobre todas las afecciones médicas, incluidas las alergias. También entiendo que si mi dependiente o yo tenemos algún cambio en el estado de salud o algún cambio en los medicamentos, le informaré al médico en la próxima cita. _____
Iniciales

Por la presente reconozco que he leído y entiendo este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que yo lo rescinda.

Nombre del paciente

Padre / tutor de un menor

Firma

Fecha de nacimiento

Relación con el paciente

Fecha

Política Financiera Escrita

Gracias por elegir Smileland Pediatric Dentistry & Braces. Nuestra misión principal es brindar la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de la misión es hacer que el costo de la atención sea lo más fácil y manejable posible para nuestros pacientes al ofrecer varias opciones de pago.

Opciones de pago:

- Efectivo, Cheque, Visa, Mastercard, American Express o Discover Card
 - Ofrecemos un descuento del 10% a los pacientes que pagan su plan de tratamiento en su totalidad antes del inicio de los servicios (no se puede aplicar a los copagos).
- Care Credit
 - Convenientes planes de pago mensual * 1
 - Permitirle pagar con el tiempo
 - Sin tarifas anuales ni multas por pago anticipado

Smileland Pediatric Dentistry & Braces requiere un pago antes del comienzo de su tratamiento. Si elige interrumpir la atención antes de que se complete el tratamiento, recibirá un reembolso menos el costo de la atención brindada y las tarifas de laboratorio.

Para planes que requieren múltiples citas, se pueden proporcionar arreglos de pago alternativos. Para los pacientes con seguro dental, nos complace trabajar con su proveedor para maximizar su beneficio y facturarles directamente el reembolso de su tratamiento.

Smileland Pediatric Dentistry & Braces cobra \$ 35 por cheques devueltos y \$ 15 por cuentas enviadas a colecciones.

Usted nos otorga permiso a nosotros oa nuestro cesionario para llamarlo por teléfono para discutir esta declaración o su tratamiento. Entiendo que cualquier tarifa estimada para este cuidado dental solo puede extenderse por un período de tres meses a partir de la fecha del examen del paciente.

Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hagan otros arreglos.

Además, acepto que una renuncia a cualquier incumplimiento de cualquier tiempo o condición en virtud del presente no constituirá una renuncia a cualquier término o condición adicional y acepto pagar todos los costos y honorarios razonables de abogados si se inicia una demanda en virtud del presente. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar.

Firma del paciente, padre o tutor

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Sujeto a aprobación crediticia

Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 60 días o después de que hagamos 3 intentos, usted será responsable del pago de sus tarifas de tratamiento y el cobro de sus beneficios directamente de su compañía de seguros. Si el saldo de su cuenta no se liquida en el momento de la cita, nuestra oficina le facturará el saldo mensualmente hasta 3 facturas. Cualquier cuenta que tenga más de 90 días de atraso se asignará a una agencia de cobranza para su posterior facturación.