

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ Dentista del Paciente: _____

Nombre completo del paciente: _____ El apodo de niño/a: _____

Dirección: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F SSN: ____-____-____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre y edades de otros niños en la familia: _____

¿Cuál es el motivo de la visita de su hijo/a? (Por favor, círculo)

Sí No Consulta Dental/Visita (Si sí, por favor completa suplemento Dental pediátrica anexa.)

Sí No Tratamiento de Ortodoncia

Si es un menor de edad, Padre o Guardián nombre: _____

¿Quién tiene la custodia legal del paciente: _____ Titular de póliza de seguro: Sí No

¿Quién podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? _____

¿Cómo se enteró sobre nosotros? _____

INFORMACIÓN PERSONA RESPONSABLE

Nombre Completo: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Compañía de teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____

Empleador: _____ Número de años empleado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO

Nombre Completo del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____

Compañía de Seguro: _____ Grupo #/Póliza # _____ Teléfono: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Asegurado del Empleador: _____

Teléfono de Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (si es aplicable)

Nombre Completo del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____

Compañía de Seguro: _____ Grupo #/Póliza # _____ Teléfono: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Asegurado del Empleador: _____

Teléfono de Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de la Persona de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del Padre (si es menor de edad): _____

Apellido y Nombre del Paciente: _____, _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA

Médico: _____ Fecha de última visita: _____ Phone: _____

Nombre de la Práctica: _____ Dirección: _____

Por favor Círculo Sí o No (Si sí, por favor, rellene los datos.)

Sí No Es su hijo/a en buena salud? ¿Fecha del último Examen Físico: _____

Sí No Tiene un problema de salud ha tenido su hijo/a? _____

Sí No Su hijo/a nunca había sido hospitalizar o tenía cualquier operación importante?
¿En caso afirmativo, dar razón y fecha/s: _____

Sí No ¿Hay problemas al nacer? ¿En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____

Sí No Es su hijo/a tomando algún medicamento? ¿Por favor dar nombre de medicamentos, dosis
y razón: _____

Sí No Es su hijo/a alérgico a algún medicamento? _____

Sí No ¿Su hijo/a tiene un historia de enfermedad grave? _____

Sí No ¿Su hijo/a ha tenido algún operaciones principales? _____

Sí No ¿Tiene su niño/a alguna vez has estado involucrado en un accidente grave? _____

POR FAVOR MARQUE si su hijo tiene o ha recibido tratamiento para cualquiera de la condiciones de salud publica y elaborar a continuación:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> El Sangrado Anormal | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Trastorno Neuromuscular |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Endocrino /Crecimiento | <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Las Reacciones Adversas Medicamentos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Personalidad / Sociales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Alcance de la Vista | <input type="checkbox"/> Retrasos Físicos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Asma/Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Trastornos GI | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Sangrado /Transfusiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> La Radiación / |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Óseo | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer /Tumor | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Células |
| <input type="checkbox"/> Labio Leporino /Paladar | <input type="checkbox"/> Los Problemas Renales/ Enfermedad | <input type="checkbox"/> Falciformes /Rasgo |
| <input type="checkbox"/> Hendido | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Lesiones Importantes |
| <input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco Congenito | <input type="checkbox"/> Los Problemas del Hígado | <input type="checkbox"/> Habla /Audición |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Retrasos Mentales | |

Los detalles de cualquier elemento activado: _____

¿Hay otras condiciones médicas no mencionadas aquí que debemos tener en cuenta? _____

Apellido y Nombre del Paciente: _____, _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA DENTAL

Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____

DENTAL PEDIÁTRICA HISTORIA-

Encierre en un círculo Sí o No (En caso afirmativo, completar los detalles.)

Sí No Ha sido su hijo/a al dentista? Fecha de la última rayos X (si se toma): _____
Nombre del Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

Sí No Ha experimentado su hijo/a alguna reacción desfavorable del cuidado dental anterior?

Sí No ¿Su niño/a chupe un dedo, el dedo o el chupete?

Sí No ¿Su hijo/a tiene dolor al masticar, bostezar o amplia apertura de su boca?

Sí No ¿Tiene la mandíbula de su hijo/a a hacer ruido y dolor asociado con los sonidos?

Lo que más le preocupa acerca de sus dientes? _____

Sí No ¿Su hijo/a está experimentando ningún dolor dental? Explique: _____

Sí No ¿Su hijo/a ha perdido alguna vez o desbastada un diente? _____

Sí No ¿Ha habido alguna lesión en su boca, dientes o la cara? _____

Sí No ¿Es cualquier parte de la boca del niño/a sensible a la temperatura o la presión?

Sí No ¿Tiene las encías del bebé sangran cuando se cepillan? _____

Sí No ¿Su hijo/a tiene cualquier tipo de pulgar o la lengua hábito? _____

Sí No ¿Es su hijo/a respira por la boca? _____

Sí No ¿Ha sido su hijo/a visto un ortodoncista? _____

Sí No ¿Alguien en la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? _____

¿Cómo se sintieron sobre sus resultados? _____

¿Cuál es su actitud hacia la recepción de un tratamiento de ortodoncia? _____

Comentarios: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

- He leído y respondido las preguntas anteriores en la medida de mis conocimientos.
- Autorizo a mi compañía de seguros a pagar Children & Teen Dental Group todos los beneficios de seguro de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados.
- Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- Autorizo a Children & Teen Dental Group para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Apellido y Nombre del Paciente: _____, _____ Fecha de Nacimiento: _____

FOTO Y VIDEO DE LIBERACIÓN

Por la presente autorizo a mi hijo de imágenes capturadas durante cualquier/todos los Children & Teen Dental Group ("C&TDG") visitas o actividades de eventos a través de vídeo, foto, y una cámara digital, que se utilizarán exclusivamente para los fines de C&TDG; material promocional y publicacionsâ y renuncian a cualquier derecho de propiedad compensationor al mismo.

Nombre del Participante (Por favor imprimir): _____ Edad: _____

Nombre del Padre /Tutor (Por favor imprimir): _____

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____ Fecha: _____

PERMISO DE LOS PADRES al CONSENTIMIENTO

Por favor, proporcione los nombres de las personas a las que usted dé su consentimiento para llevar a su hijo/A a las visitas al dentista. Tenga en cuenta que esta persona será capaz de dar su consentimiento para el tratamiento y será financieramente responsable de cualquier pago correspondiente a ese día de servicio.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____ Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO—Aviso de Prácticas de Privacidad

(Portabilidad del Seguro de Salud y Ley: HIPAA Reconocimiento)

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida se describe la presente autorización. Yo entiendo que en cualquier momento, esta autorización podrá ser revocada, cuando la oficina que recibe esta autorización recibe una revocación por escrito, aunque esta revocación no será efectiva en cuanto a la divulgación de los registros cuya liberación he autorizado previamente, o cuando otra acción ha sido tomada en relación con una autorización que he firmado. Yo entiendo que mi cuidado de la salud y el pago por mi salud no se verán afectados si me niego a firmar este formulario. Entiendo que la información usada o revelada, de conformidad con esta autorización, podría ser sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, de ser así, no puede estar sujeto a la ley federal o estatal proteger su confidencialidad.

Usted puede negarse a firmar esta acknowledgement.

Yo, _____, han leído en línea en childrenandteendentalgroup.com sitio web y /o recibido una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Children & Teen Dental Group.

Por favor escriba el nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que el plan de tratamiento es nuestra mejor estimación de la cobertura del seguro. Sin embargo, después de la elaboración de seguro, entiendo y acepto que soy responsable por el saldo restante y facturará en consecuencia. En la mayoría de los planes de seguro, el óxido nítrico no es un beneficio cubierto. En el caso de que decida utilizar el óxido nítrico y no es un beneficio cubierto, que recogerá el \$ 68.00 en el momento de ser vice y no cuenta a su seguro. Por la presente autorizo a cualquier pago de beneficios dentales que deben ponerse directamente a Children & Teen Dental Group. También entiendo que cualquier cantidad no cubierta por mi póliza de seguro es mi responsabilidad y se debe en el momento del tratamiento. Autorizo el tratamiento que se prestarán y asumir la responsabilidad financiera. Reconozco que todos los saldos no corrientes y cuentas de más de 60 días, se cobrará un servicio de 15% por mes (18% por año) sobre el saldo pendiente. El costo incurrido en la recopilación de esta cuenta, incluyendo los costos judiciales, honorarios de la agencia y los honorarios del abogado se añadirá al saldo adeudado.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Solicito y autorizo a Children & Teen Dental Group para examinar, limpiar y proporcionar tratamiento dental en los dientes del niño/a. Yo además la petición y autorizar la toma de radiografías dentales que se considere necesario por Children & Teen Dental Group para diagnosticar y/o tratar el problema dental de mi hijo/a. Voy a permitir tomar fotografías en condiciones de mi hijo o los dientes de los niños con fines de diagnóstico o educativos. Entiendo el tratamiento en términos apropiados para su edad. Children & Teen Dental Group proporcionará un medio ambiente que podría ayudar a los niños a aprender a cooperar durante el tratamiento mediante el uso de elogio, explicación y demostración de los procedimientos e instrumentos, y utilizando el tono de voz variable.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____

Fecha: _____

FOTO Y VIDEO DE LIBERACIÓN

Por la presente autorizo a mi hijo de imágenes capturadas durante cualquier/todos los Children & Teen Dental Group ("C&TDG") visitas o actividades de eventos a través de vídeo, foto, y una cámara digital, que se utilizarán exclusivamente para los fines de C&TDG; material promocional y publicationsâ y renuncian a cualquier derecho de propiedad compensationor al mismo.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____

Fecha: _____