



Información del Paciente

Nombre y Apellido del Nino(a): _____
Nombre que Prefiere Ser Llamado: _____
Seguro Social: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Apt. # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de los Padres/Tutor Legal

Nombre y Apellido: _____	Nombre y Apellido: _____
Relación al Nino(a): _____	Relación al Nino(a): _____
Seguro Social# _____	Seguro Social# _____
Fecha de Nacimiento: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Licencia de Manejar #: _____	Licencia de Manejar #: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Número Celular: _____	Número Celular: _____
Número de Casa: _____	Número de Casa: _____
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____

Favor de incluir un correo electrónico para recibir recordatorios de las próximas citas

Contacto de Emergencia (El amigo/pariente más cercana, que no vive con usted)

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: () _____
Dirección: _____
Relación al Nino(a): _____

Farmacia Preferida – recetas de nuestra oficina serán mandados a la farmacia indicada

Nombre de la Farmacia: _____ Telefono: () _____
Dirección: _____

¿Cómo Encontró a Nosotros? (Favor de marcar todo lo que aplica)

Amigo/Pariente: _____
El Médico/Dentista (Por favor, lista quien): _____
Anuncio: Manejando/Pasando Tarjeta Internet
Otro (por favor lista): _____



HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Médico del Niño: _____ Numero #: _____

Fecha y la Razón de Último Examen: _____

Especialista del niño: _____ Numero #: _____

Fecha y la Razón de Último Examen: _____

Favor de Marcar SI o NO como se aplique a su hijo(a):

S N El Soplo en el corazón/ Problemas cardíacos

S N Alergias del Ambiente

S N Asma Fecha del último ataque: _____

S N ADD/ADHD

S N VIH/SIDA

S N Problemas del hígado

S N Problemas de los riñones

S N Cáncer

S N Convulsiones/Epilepsia

S N Diabetes

S N Deterioro Físico

S N Deterioro mental/Demora de desarrollo

S N Autismo

S N Anormal de sangrar

S N Prematuro

S N ¿Su hijo(a) esta corriente de los inmunizaciones/vacunas? Si no, por favor explique: _____

S N ¿Alergias de cualquier Medicamento (recetada o de venta libre), Látex, o de otros productos/comidas? Si marco sí, favor de explicar: _____

S N ¿Está tomando CUALQUIER medicina (recetada o de venta libre) o dietético/suplementos de hierbas, incluyendo vitaminas? Si marco si, favor de listar todas medicinas, la razón para tomar, y nombre del doctor. _____

S N ¿Cualquier otro problema medica: _____

S N ¿Hospitalizaciones o Cirugías? Fecha y razón: _____

S N ¿Prótesis o tornillos? Descripción: _____

HISTORIA DENTAL

Fecha del último examen dental: _____ ¿Tomaron Radiografías? _____

Preocupación principal para esta visita: _____

S N ¿El niño(a) ha tenido una visita dental/médico desfavorable? Si sí, describe por favor: _____

S N ¿El niño(a) ha sufrido una herida de la cabeza, los dientes, o la boca? Favor de explicar: _____

S N ¿Tiene su cualquier hábito (apretarse los dientes, chupar el pulgar/dedo/chupete, respirar por la boca, etc.)? _____

S N ¿Queja de molestia o dolor de la mandíbula? Si marco sí, favor de explicar: _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____ ¿Cuántas veces al día usa el hilo dental? _____

¿Usted le ayuda al niño(a) cepillarse los dientes? S N ¿Usted le ayuda al niño(a) pasar el hilo dental? S N

¿Su niño(a) usa pasta dental con fluoruro? S N

¿Cuántas veces al día se alimenta al niño? _____ Cuantas veces al día toma bebidas? _____

Comida más frecuente: _____ Bebida más frecuente: _____

S N ¿Cualquier historia familiar de problemas de los dientes/encías o tener extra/faltar dientes? _____



AUTORIZACION PARA el TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, _____, autorizo los individuales nombrados abajo a traer mi(s) hijo(s) a las citas dentales y los doy acceso a los archivos dentales y cuenta de mi(s) hijo(s) en esta oficina:

Nombre y Apellido: _____ Relación al niño(a): _____

Nombre y Apellido: _____ Relación al niño(a): _____

Nombre y Apellido: _____ Relación al niño(a): _____

También entiendo que:

- *Solamente los adultos listados en esta forma estarán permitidos traer a mi(s) hijo(s)) a sus citas. Si cualquier adulto aparte de los que están en esta forma trae m(s)i hijo(s) a la cita, **la cita será cancelada y reprogramada por otro día.***
- *Cualquier adulto acompañando m(s)i hijo(s) tiene que traer identificación con foto.*
- *Cualquier adulto acompañando mi(s) hijo(s) a la cita se requiere completar las formas necesarias por la cita, incluyendo la historia médica, consentimiento para tratamiento, y estimados del tratamiento.*
- *Independientemente de quien trae el niño(a), yo seré responsable por los pagos financieros en la cuenta de mis(s) hijo(s)*
- *Es mi responsabilidad hacer cambios de esta forma como se necesita. Yo notificare al Children's Dental Centre of Irving si quiero hacer cambios.*

Este autorización aplique a los siguientes niños:

Nombre: _____ DOB: _____ Nombre: _____ DOB: _____

Nombre: _____ DOB: _____ Nombre: _____ DOB: _____

Adultos autorizados TIENE QUE estar nombrado en esta página – padres/familiares nombrados en el primer pagina de este paquete no son incluidos automáticamente.

Favor de revisar y poner iniciales:

_____ **LIBERACIÓN MÉDICA:** Yo doy mi permiso a mi Pediatra o el Proveedor de la Salud de mi niño(a) para proporcionar información médica con respecto a mi niño(a) listado anteriormente, a los dentistas y empleados del Children's Dental Center of Irving.

_____ **LIBERACIÓN DEL INTERNET:** Yo doy permiso para el uso del primer nombre de mi niño(a) y de su imagen para promociones de en-oficina, el sitio web y para propósitos promocionales (p.e.: nuestros ganadores de premios)

_____ **EL RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Yo recibí una copia de la Nota de Practicas de Privacidad de esta oficina. Comprendo que puedo recibir una copia escrito a mi petición.

_____ **POLITICA CONTRA FOTOGRAFIAS/VIDEOS:** Yo entiendo que por las leyes de HIPAA y privacidad, cualquiera forma de fotografía o grabación de videos no será permitido adentro de la oficina, aparte del área de recepción.

_____ **PARA NIÑOS DE LOS 16 ANOS Y MAYOR (SI SE APLIQUE):** Yo autorizo que mi hijo(a) puede recibir tratamiento dental (por ejemplo: chequeo, cita de emergencia, radiografías, limpieza, fluoruro) sin un adulto autorizado para acompañarlo.

Parent's Printed Name: _____ Signature: _____ Date: _____



POLITICA DE LA OFICINA Y POLITICA FINANCIERA

Bienvenido a nuestra practica! Para poder atenderlos mejor, hemos preparado estas políticas para que usted entienda como funciona nuestra oficina. Favor de avisarnos si usted tiene preguntas.

_____ **Hacer y Cancelar Citas:** Favor de entender que cuando programamos una cita por su hijo, estamos reservando tiempo especialmente para sus necesidades individuales; no programamos doble las citas, como otras oficinas. Cuando está hecha una cita, un cuarto está reservado, los archivos serán preparados, y nuestros empleados estarán listos para atenderlos. Cuando uno no llega por la cita, nos previene ayudar otros pacientes. Es por eso le pedimos que nos da **noticia de 2 días de negocio** si no alcanzara llegar a su cita. Citas perdidas (incluyendo las perdidas por llegar demasiada tarde) y citas canceladas con menos de 2 días de negocio de noticia **serán cobrados \$25 (cada paciente)**. Nuestro oficina utiliza recordatorios por correo electrónico, mensajes textos, llamadas agravadas, y llamadas personales empezando un mes en avance de la cita. Favor de avisarnos si hay un cambio en su número de teléfono. Fallar de presentar o cancelar afuera del tiempo permitido por una cita de cirugía puede resultar en ser despedida de la práctica.

_____ **Presencia de los Padres:** Le invitamos ayudarnos crear una experiencia positiva para su hijo(a). Creciendo la confianza es el objetivo principal! Si usted elije acompañar su hijo(a) cuando lo llaman de la sala de espera, favor de permitarnos ayudarle a usted ayudar a su hijo(a) crecer en nuestra oficina con frases útiles y modelos para explicar la visita en palabras adecuadas para los niños. Si usted elije esperar en la sala, favor de **no salir de la aérea de espera durante la cita**. Su hijo(a) estará supervisado por un miembro de nuestro equipo a todos tiempos. Queremos que esta visita a ser recordado como un momento de DIVERSION!

_____ **Política de Cortesia:** Cada miembro de nuestro personal está dedicado a ofrecer la mejor experiencia para su niño y ofrecer un servicio de calidad para usted. Le pedimos el favor de mostrarnos el mismo respeto y cortesía que se muestre para cada visitante de nuestra oficina. Lenguaje abusivo y/o comportamiento en cualquier forma, que sea en la oficina o por teléfono, no será tolerada y resultara en estar despedido de la practica.

_____ **Seguranza:** Participamos con la mayoría de planes de seguranza, pero frecuentemente **no sabemos las detalles especificas de su póliza de seguranza. Conociendo los beneficios de su seguranza es la responsabilidad de usted.** Favor de darse cuenta que el contrato está entre usted (el asegurado) y la compañía de seguranza. La cantidad de cobertura usted recibirá se depende en la calidad del plan comprado por su empleador, no en los honorarios cobrados por el doctor. También entiende que como proveedor dental, la relación está entre doctor y paciente, no con la compañía de seguranza. Si usted no está asegurado con un plan de los que participamos, o si esta sin seguranza, el pago se hará efectivo en su totalidad el día del servicio. Si usted tiene seguranza, mandáramos su reclamo dental a la seguranza como cortesía. Por firmar esta forma, usted esta autorizando que la seguranza mande el pago de los reclamos directamente a nuestra oficina. Favor de notar que el balance del reclamo es la responsabilidad de usted independientemente de lo que la seguranza cubre o no cubre. Ocasionalmente su seguranza puede requerir que usted suplique información adicional directamente a ellos. **Si su seguranza cambia, es su responsabilidad notificarnos. Favor de comunicar directamente con su seguranza si usted tiene preguntas sobre su cobertura.**

_____ **Copagos y Deducibles:** Todos copagos y deducibles tiene que ser pagados al tiempo del servicio. Esto es parte de su contrato con la seguranza. Fallar de coleccionar copagos y deducibles se considera fraude en parte de nosotros.

_____ **Identificación y Prueba de Seguranza:** Estamos obligados obtener identificación con foto (por ejemplo: licencia de manejar) y prueba corriente de la seguranza (si usted está asegurado). **Todos pacientes tienen que llenar las formas para pacientes nuevos y consentimiento para tratamiento para evitar el fraude de seguranza.**

_____ **No Pagar:** Si hay un balance en su cuenta, le notificáramos por correo y/o a la próxima cita. **El balance debe ser pagado en su totalidad a menos de lo que ha sido arreglado con el coordinador financiera. El doctor no discute de los pagos o balances con los pacientes, porque se concentra en el cuidado dental de su hijo(a).** Favor de llamar la oficina si usted recibe fractura de un balance cuestionable. Cualquier balance no pagado sobre 90 días posiblemente será mandado a una agencia de colecciones y será asesado un honorario de \$65.00 más cualquier otro gasto/tarifa efectuado al intentar coleccionar una deuda.

_____ **Fondos Insuficientes:** Habrá una tarifa de \$30.00 por todos cheques regresados por fondos insuficientes.

_____ Las políticas de la oficina pueden cambiar sin previo aviso; para políticas corrientes, visite al www.irvingchildrensdental.com

Yo reconozco que yo entiendo y acepto las pólizas del Children's Dental Centre of Irving explicados anteriormente.

Nombre (letra de molde): _____ Firma: _____ Fecha: _____



Con Respeto al Verificar Seguro Dental

Cuando usted nos proporciona su información de seguro dental, vamos a verificar que su cobertura sea activa y solicitar un reporte de los datos generales de su plan. Como cortesía, en la mayoría de los casos, podremos aceptar la asignación de beneficio y mandar reclamos. No aceptamos la asignación de beneficios de planes DMO o planes que paguen directamente al asegurado.

Si usted pide, le damos una copia de los datos de su plan que la aseguradora nos manda. Sin embargo, si usted tiene preguntas con respecto a los detalles de la cobertura, el estado de la red, frecuencias o beneficios, insistimos que usted contacte su compañía de aseguradora directamente. Favor de entender que la verificación que recibimos no es obligatoria. Varios factores pueden afectar lo que la aseguradora cubre en realidad; por ejemplo: recibir el mismo servicio en varias oficinas, reclamos pendientes que aun no se han aplicado a sus beneficios, beneficios alternativos, recibir información de sus beneficios que esta incorrecto o incompleto, etc.

Favor de reconocer que un plan de seguro es un contrato entre el asegurado (usted) y la compañía de seguros. Por lo tanto, es su responsabilidad de comprender los detalles de su plan. Los planes de tratamiento que proporcionamos son estimaciones. Finalmente, el padre/madre/tutor legal del paciente es responsable por cualquier saldo no pagado por el seguro.

Nuestro principal objetivo es dar cuidado dental de calidad para todos nuestros pacientes. Las recomendaciones del doctor se basan en el mejor interés del salud bucal y bienestar general de su hijo(a) y no será dictada por las limitaciones de cobertura de seguros.

Nombre Letra de Molde

Firma

Fecha