

Bienvenido

Número de identificación del paciente _____

Fecha de hoy _____

¡Bienvenido a nuestra consulta! Nos esforzamos por hacer que las visitas de su hijo sean agradables y cómodas. Llene completamente este formulario con lápiz de tinta.

Su hijo

Nombre del hijo _____

Apodo _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

No. de seguro social _____

Escuela _____ Grado _____

Dirección particular del menor _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Teléfono _____

¿Quién es responsable de programar las citas?

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Madre

Madrastra Tutor

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Profesión _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

Estado civil Soltera Casada Divorciada
 Viuda Separada

Seguro Primario

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____

Empleador _____ Fecha de empleo _____

Profesión _____

Compañía de seguros _____

No. de grupo _____ No. de empleado _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Deducible _____ Copago _____

Cantidad ya utilizada _____

Beneficio máximo anual _____

Arreglos Financieros

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera.

Pago total en cada cita:

Efectivo Cheque personal

Tarjeta de crédito: Visa MC Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Parte responsable

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Correo electrónico _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

Mejor horario para llamar _____

Hora _____ Días _____

Padre

Padrastro Tutor

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Profesión _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

Estado civil Soltero Casado Divorciado
 Viudo Separado

Seguro Adicional

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____

Empleador _____ Fecha de empleo _____

Profesión _____

Compañía de seguros _____

No. de grupo _____ No. de empleado _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Deducible _____ Copago _____

Cantidad ya utilizada _____

Beneficio máximo anual _____

Antecedentes Dentales y Médicos

Número de identificación del paciente _____

CONFIDENCIAL

La salud general de su hijo, así como también cualquier medicamento que su hijo tome puede tener una importante interrelación con el cuidado dental que éste reciba. Responda completamente cada una de las siguientes preguntas.

¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia su hijo usa seda dental? _____
¿Es fluorada el agua de su hijo? Sí No ¿Toma su hijo suplementos fluorizados? Sí No

Su hijo:
Se chupa el pulgar o dedo Sí No Masca objetos duros (lápices, etc.) Sí No
Se chupa o muerde el labio Sí No Rechina los dientes Sí No
Se come las uñas Sí No Aprieta la mandíbula Sí No

Dentista anterior _____ Dirección _____
Fecha de la última visita al dentista _____

¿Ha tenido su hijo algún problema en visitas al dentista anteriores? Sí No
Médico del niño _____ Dirección _____
No. de teléfono _____

Hospitalizaciones, cirugías, enfermedades graves anteriores _____ ¿Cuándo? _____

¿Está tomando actualmente su hijo algún medicamento? Sí No (si la respuesta es sí, enumere)

¿Ha tomado alguna vez su hijo Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Tiene su hijo antecedentes de reacciones alérgicas, de sensibilidad, adversas a cualquier droga o medicamento (penicilina, Novocaína, etc.)? Sí No (si la respuesta es sí, descríbalos) _____

¿Tiene su hijo antecedentes de alergias a cualquier otra sustancia como látex, al ambiente, etc.)? _____

Ha sufrido alguna vez su hijo alguno de los siguientes problemas:
Asma Sí No Problemas estomacales, hepáticos o renales . . . Sí No
Cáncer Sí No Incapacidad/Discapacidad Sí No
Hepatitis Sí No Tuberculosis Sí No
VIH / SIDA Sí No Diabetes Sí No
Hemofilia Sí No Fiebre Reumática Sí No
Tos o aclaración de la garganta persistente Defectos Cardiacos Congénitos Sí No
no asociada con una enfermedad conocida Soplo Cardíaco Sí No
(que haya durado más de 3 semanas) . . . Sí No Convulsiones/Epilepsia Sí No
Hemorragia anormal Sí No

Explique cualquier problema médico que tenga su hijo: _____

Autorización y Entrega de Información

A mi entender, las preguntas de este formulario se han respondido satisfactoriamente. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la consulta dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda precisar.

También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de tratamiento o exámenes prestados a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) _____ Fecha _____
Revisión del dentista: _____

Firma del dentista _____ Fecha _____

RECONOCIMIENTO DE NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Children's Dentistry
2244 S. Buckner Blvd., Suite B
Dallas, Texas 75227
214-381-0663

ENTIENDO QUE, BAJO EL ACTO DE "HIPAA" (HEALTH INSURANCE PORTABILITY & ACCOUNTABILITY ACT OF 1996) YO TENGO CIERTOS DERECHOS A PRIVACIDAD ACERCA DE LA PROTECCION DE INFORMACION MEDICA. ENTIENDO QUE ESTA INFORMACION PUEDE SER USADA PARA:

- CONDUCIR, PLANIFICAR Y DERIJIR MI TRATAMIENTO CON TODOS LOS PROVEHEDORES DE CUIDADOS MEDICOS QUIENES ESTARAN INVOLUCRADOS EN ESE TRATAMIENTO DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE.
- OBTENER PAGO DE TERCERA PARTE.
- CONDUCIR OPERACIONES DE CUIDADOS MEDICOS COMO CERTIFICADOS MEDICOS.

YO E RECIBIDO, LEIDO, Y ENTIENDO SU NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD QUE CONTIENE UNA MAS COMPLETA DESCRIPCION DE LOS USOS DE MI HISTORIA MEDICA. ENTIENDO QUE ESTA ORGANIZACION TIENE EL DERECHO DE CAMBIAR SU NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE VES EN CUANDO Y QUE YO PUEDO COMUNICARME CON ELLOS A CUALQUIER MOMENTO, A LA DIRECCION INDICADA, PARA OBTENER UN COPIA DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD ACTUAL.

ENTIENDO QUE PUEDO PEDIR, POR ESCRITO, UNA RESTRICCION SOBRE EL USO DE MI INFORMACION MEDICA PARA CONDUCIR UN PLAN DE TRATAMIENTO, RECIBIR PAGO, O OPERACIONES DE CUIDADOS MEDICOS, TAMBIEN ENTIENDO, QUE USTEDES NO ESTAN OBLIGADOS A COMPLACER MI PETICION, PERO, SI LO ACEPTAN TIENEN QUE CUPLIR CON LAS RESTRICCIONES.

NOMBRE DE PACIENTE _____

RELACION AL PACIENTE _____

FIRMA AUTORIZADA _____

FECHA _____

PARA USO OFICIAL

E TRATADO DE OBTENER LA FIRMA DE RECONOCIMIENTO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVICIDAD, PERO NO E PODIDO, LO CUAL ESTA DOCUMENTADO EN LO PRESENTE.

FECHA	INICIALES	RAZON