

Bienvenido a nuestra oficina

Acerca de su niño (a)

Nombre del paciente _____

¿Cómo prefiere su hijo que le llamen _____

Fecha de nacimiento _____ O Masculino O Femenino

¿Quién trajo al niño hoy? _____

¿Quién es el responsable de esta cuenta? _____

¿Cuáles son sus metas para su hijo (a) el día de hoy? _____

Como escucho de nuestra oficina

Amigo (nombre) _____

Paso conduciendo

Presentación de la "Tooth Fairy" en el colegio

Coche de la "Tooth Fairy"

Google

Otro _____

Otro Dentista (Nombre) _____

Otro Pediatra (Nombre) _____

Referido por su Seguro Medico

Nuestra página web

Bill Board _____

Familiar que es paciente

Historial Medico

¿Ha tenido su niño alguna de estas condiciones?

S N

Anemia

Trastorno de sangrado o Hemofilia

Problemas de Corazón (corriente u operado)

Soplo de Corazón (*Inocente o Patológico*)

Tetralogia de Fallot

Fiebre remautica o escarlatina

Propenso a hematomas o sangra facilmente

Asma o problemas de Pulmón

Pulmonia (¿ cuando? _____)

Diabetes (*NIDDM or IDDM* _____ x day)

Ataques, Epilepsia or Convulsiones

Problemas de comportamiento o emocionales

Diagnosticado con ADD, ADHD or
Hiperactividad

Problemas Psiquiatricos

Síndrome de "Down"

Trastorno de espectro autistico

Alergia a latex o sensibilidad

S N

Problema de vision (izquierda o erecha)

Incapacidad de oir (derecha, izquierda o los dos)

Desorden inmunologico, HIV, AIDS o ARC

Problemas de riñon o transplante

Problemas de higado o transplante

Implantaciones de clavos, tornillos o varillas

Cancer, Maligno, Leukemia o Limfoma

Abuso fisico o emocional

Labio partido

Incapacidad de aprendizaje

Defectos de nacimientos o congenitos

Tuberculosis o test positivos previos

Desarrollo deficiente (*Aprox funciones de edad
del niño* _____)

Paralysis Cerebral

¿Requiere su hijo antibióticos pre-medicación
para el trabajo dental?

Hay Alguna posibilidad que su hijo este
embarazada?

Continuacion de Historial Medico...

Por favor liste alguna condición médica que haya tenido su niño (a) en el pasado o presente que afecte el tratamiento de su hijo (a):

El paciente está tomando alguna medicación (s)? O Si O No Aliste las medicinas por favor _____

El paciente está bajo el cuidado de algún doctor? O Si O No Si contesto que si díganos porque? _____

Es su niño alérgico o alguna vez ha tenido una reacción contraria a alguna medicación, antibióticos, o comidas? O Si O No Si contesto que si especifique cuál? _____ Que paso cuando su niño (a) lo ingirió _____

Por favor liste el nombre y número telefónico del doctor de su hijo (a)

| Tipo de doctor | Nombre del doctor | Numero de oficina |
|----------------|-------------------|-------------------|
| | | |

Historial Dental

Alguna vez su niño ha sufrido de alguno de los siguientes problemas dentales?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| S | N | | S | N | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mal aliento / Halitosis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | La mandíbula esta fuera de lugar (Derecha, Izquierda o las dos) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sangrado de Encias | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cavidades o infecciones dentales |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Manchas o decoloración en los dientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dolor de dientes |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fuegos o ampollas en la boca o labios | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dientes extras o faltantes |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Boca seca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Heridas o traumas en los dietes, boca, o cara |

Su hijo a expresado alguna ansiedad o miedo a cosas relacionadas con dental? O Si O No _____

Ha tenido su hijo alguna mala experiencia en otra oficina dental? _____

Como describiría la salud dental de su hijo actualmente? Excelente Buena Más o menos Pobre

Cuál es su principal inquietud acerca de la salud oral de su hijo (a)?

ESTOY DE ACUERDO QUE TODA LA INFORMACION DEL HISORIAL MEDICO ESTA VIGENTE Y CORRECTO

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Persona(s) Responsable de la cuenta

Información de la madre: Madre Madrastra Madre promotora Guardián Legal Abuela

| | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Nombre: | Fecha de nacimiento: | Ocupacion: |
| Direccion: | Seguro Social # | Empleador: |
| Ciudad, Estado, Codigo Postal: | Estado Marital: | Por cuanto tiempo? |
| Telefono de casa: | Telefono Mobil: | Telefono del trabajo: |

Información del padre: Padre Padrastro Padre promotor Guardián Legal Abuelo

| | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre: | Fecha de nacimiento: | Ocupacion: |
| Direccion: | Seguro Social # | Empleador: |
| Ciudad, Estado, Codigo postal: | Estatus Marital: | Por cuanto tiempo? |
| Telefono de casa: | Telefono mobil: | Telefono de trabajo: |

Medico/Dental Emitir Declaracion

Doy mi consentimiento para que Dr. Allen Pearson, de Wylie Children's Dentistry haga un examen completo y exhaustivo en el paciente nombrado anteriormente, incluyendo cualquier diagnósticos o radiografías necesarios. A lo mejor de mi conocimiento, la información que he dado es correcta y tengo entendido que se celebrará en la más estricta confidencialidad posible. Además, entiendo que es mi responsabilidad informar a Wylie Children's Dentistry de cualquier cambio futuro en condiciones de salud de mi hijo. Como el padre o tutor legal del paciente previamente con nombre, quedará concedido Dr. Pearson y su permiso de personal para realizar cualquier procedimiento que sea necesario. También entiendo que todos los tratamientos necesarios se explicarán antes de la fecha de inicio y que yo soy responsable de pago en su totalidad en el momento del servicio, a menos que se hayan aprobado disposiciones anteriores requisitos para la presentación de reclamaciones de seguros.

Requisito para la presentación de reclamaciones de seguro. Para precipitar la presentación de mis reclamaciones de seguro dentales mediante la presente, autorizo la divulgación de información confidencial a mi agencia de seguros dental y comprendo que soy totalmente responsable de cualquier saldo restante después de que haya recibido el pago de seguro. También soy plenamente responsable si mi póliza de seguro no paga, por cualquier razón, dentro de los 30 días de tratamiento. Autorizo a pago de prestaciones del seguro directamente a además de a Children's Dentistry & Orthodontics, en caso de defecto de pago por servicios prestados anteriormente. También me comprometo a pagar todos los honorarios legales incurridos en un intento de reunir sobre esta cantidad y/o colección razonable.

Firma del padre/Guardián

Fecha

Acuerdo Financiero

Nosotros apreciamos que haya elegido nuestra oficina para la atención dental de su hijo. En Wylie Children's Dentistry, valoramos nuestra relación con su familia y nos gustaría informarle de lo siguiente como nuestra póliza de pago.

- Si las prestaciones del seguro se asignan al médico, usted será responsable de pagar el deducible y copagos en el momento de servicio. Usted es responsable de pagar todos los gastos no cubiertos por su compañía de seguros, incluidos todos los gastos que consideran por encima de los programa de honorarios habituales y consuetudinarias de su compañía de seguros. Los beneficios de seguro son un contrato entre usted y su empleador. La cantidad de cobertura que reciba dependerá de la calidad del plan adquirido por su empleador, no los honorarios de odontología en Wylie Children's Dentistry.
- En dicho caso, estaremos encantados de ayudarle a recibir el máximo de los beneficios disponible en virtud de su póliza. Como cortesía, nosotros nos ofrecemos para comunicarle a su compañía de seguros acerca del servicio prestado con el objetivo de cantidad de pago después de cada visita.. Sin embargo, por favor, sea consciente de que la relación es entre usted, el asegurado y su compañía de seguros. Si no recibimos pago de su compañía de seguros dentro de 60 días después de la presentación de la reclamación, se le ve responsable para pagar todos los servicios dentales en su totalidad. En el caso de pagos duplicados, su cuenta será reembolsada.
- Una vez que el plan de tratamiento y beneficios estimados de seguros se revisan con usted, le pediremos que pague su parte en su totalidad en el momento de servicio.
- Tenga en cuenta que los padres o tutores del niño debe pagar por los servicios prestados el mismo día en la oficina.

. He leído y entiendo las pólizas de pago de la Oficina:

* _____
Padre/Guardian (**Imprento**)

* _____
Firma del Padre/Guardian

* _____
Firma

* _____
Fecha

HIPPA Acuerdo de Consentimiento (Acto Privado)

Usted puede rehusarse a firmar este acuerdo

Doy mi autorizacion para el uso y revelacion de mi informacion de salud y la de mi depende para el proposito de tratamiento, pago, o comunicacion entre otros cuidados de salud profecionales (ejemplo otros doctores que pidan su informacion).

Yo entiendo que tengo el derecho a revisar la copia de practices privadas (notice privacy practices) que provee mas informacion y descripcion completa de el uso de la informacion de salud y revelaciones.

Yo entiendo que tengo el derecho a revisar la copia de pacticas privadas (notice privacy practices) antes de firmas este documento.

Nombre completo

Firma del Padre o Guardian

Fecha

Para uso de oficina unicamente

Nosotros intentamos obtener por escrito el conocimiento.

El individuo se rehusa a firmar.

Inpedimento de comunicacion prohibio obtener el conocimiento de las practices privadas (Notice of Privacy Practices)

Una situacion de emergencia nos inpidio obtener el conocimiento por escrito de las practicas privadas

Otro (porfavor especifique) _____

Firma de el Doctor _____ Fecha: _____

GUIA PARA PADRES

Queridos padres;

Nosotros queremos que usted y su hijo reciban el mejor tratamiento posible en nuestra oficina. Nosotros sentimos que este es un proceso unido en el cual los padres juegan un papel fundamental. El área de tratamiento dental sirve de múltiples funciones. Nos gustaría clarificarle para lo que las áreas de tratamiento son usadas y como usted puede minimizar el desenlace para su niño. Oficinas dentales performan dos procedimientos no-invasivos e invasivos al mismo tiempo en el área de tratamiento. Los chequeos regulares de su hijo son considerados no-invasivos, cirugías dentales y operativas son considerados invasivos.

Como padres nosotros sabemos cuanto tiempo usted a pasado en la oficina del medico de su niño y nosotros, como dentistas, compartimos algunas similitudes con ellos, mas notable vemos muchos pasientes durante el día para procesos no-invasivos. La diferencia mas notable es que un medico performa sus cirugías invasivas en un escenario externopaciente o en un hospital donde unicamente empleados y doctores estan presentes. Un dentista performa sus procedimiento de cirugia y operacion en la misma area y almismo tiempo nuestro no-invasivos pacientes son vistos. El dentista requiere el mismo nivel de concentracion que se le da a un medico en su ambiente de control. Movimiento y distracciones minimas en y cerca de el area de operativa son cruciales para el cuidado optimo de los niños.

Usted puede asistirnos siguiendo unas cuantas guias:

1. Dejenos preparar a su hijo.
2. Apoye la terminologia de nuestras practicas
3. Porfavor sea un **observador silencioso**. Significa que no hable durante el tratamiento dental.
Apoye a su hijo con tocarlo.
 - a. Esto nos permite mantener comunicacion con su hijo.
 - b. Niños usualmente escuchan a sus padres envez de a nosotros y talvez no escuchen nuestra orientacion.
 - c. Usted talvez le de incorrecta o informacion confusa.
4. Si se le requiere que se valla este preparado para que inmediatamente se retire.
 - a. Muchos niños tratan de controlar la situacion.
 - b. “que actuen mal” es normal, pero inaceptable durante empastes.
 - c. Esto es previsto a “Corto circuito” el intento de control.
 - d. Nosotros vamos a continuar apoyando a su niño todo el tiempo

Parientes adicionales arriba de dos años en el cuarto de tratamiento presenta el potencial para ansiedad dental en el futuro para ellos mismos, por la posible malinterpretacion de la perspectiva de un niño.

Siguiendo estas simples guias va a ayudar a asegurar el mejor resultado posible.

Yo e leído la informacion de arriba y se me ha explicado la polisa de la oficina de la presencia de los padres en el área de tratamiento.

Firma de el padre/Guardian: _____