



INFORMACION MEDICA:

Está el niño en buen estado de salud? Si / No especifique _____

Su hijo tiene ningún defectos congénitos conocidos? Si / No

En caso afirmativo, especifique _____

Su hijo tiene alguna alergia conocida (alimentos, polen, medicamentos? Si / No

En caso afirmativo, especifique _____

Es el niño que recibe la medicación / bajo tratamiento en este momento? Si / No

En caso afirmativo, especifique _____ para que condición? _____

Lista de medicamentos: _____

Su hijo tiene cualquiera de los siguientes?:

Las enfermedades del corazón fiebre reumática SI NO SOPLO EN EL CORAZÓN SI NO HEPATITIS SI NO

VIH o SIDA SI / NO DESMAYO O UN ATAQUE SI / NO DIABETES SI NO SANGRADO HEMATOMAS SI NO

ASMA SI NO ADD O ADHD SI NO DISCAPACIDAD MENTAL SI NO

SI NO TRASTORNO SENSORIAL CÁNCER SI NO AUTISMO SI NO VACUNAS SO ACTUAL? SI NO

NOMBRE/TELÉFONO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

NOMBRE/TELÉFONO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS: _____

HISTORIAL DENTAL

HA SIDO SU HIJO VISTO A UN DENTISTA ANTES DE ESTA VISITA? SI NO

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN DENTAL _____ ÚLTIMOS RAYOS X _____

SU HIJO HA TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA DENTAL/ MÉDICA DESFAVORABLE? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO EXPLIQUE _____

SU HIJO TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES HABITOS?

SUCCION DIGITAL SI NO AUN TENIENDO BOTELLA SI NO CHUPETE SI NO DIENTE DE MOLIENDA SI NO

HA TENIDO SU HIJO ALGUNA LESION A SU/ SU BOCA? SI NO

NO CEPILLAR DIARIAMENTE A SU HIJO? SI NO

TIENE SU HIJO USAR HILO DENTAL TODOS LOS DIAS? SI NO

TIENE ALGUNA OBJECION A "GAS DE LA RISA", SI ES NECESARIO? SI NO

HAY ALGO MAS QUE LE GUSTARIA COMPARTIR CON NOSOTROS ACERCA DE SU HIJO QUE NOS AYUDA A TOMAR SU / SU VISITA UNA EXPERIENCIA POSITIVA PARA TODOS? _____

Certifico que toda la información que he proporcionado ha sido veraz y de lo mejor de mi conocimiento exacto. Esta información es necesaria para su oficina para proporcionar a mi hijo con el cuidado dental de calidad de una manera segura y eficiente.

Pediatric Dental Associates of Las Colinas
Elizabeth Joseph, DDS
3108 N. MacArthur Blvd.
Irving, TX 75062
(972) 252-9557



Fecha: _____

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Padre/ tutor legal: _____

Información del padre:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Licencia de Conducir: _____

SSN: _____

Empleador: _____

Teléfono: _____

Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____

E-Mail: _____

Información de la madre:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

licencia de conducir: _____

SSN: _____

Empleador: _____

Teléfono: _____

Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____

E-Mail: _____

Podemos enviarle un e-mail/texto para confirmar las citas futuras? _____

Quien podemos agradecer por que se lo envíe a nuestra oficina? _____

Información del seguro

Nombre del asegurado: _____ SSN: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección (si es diferente a la del niño): _____

Insurance Co: _____ # Teléfono: _____

Entiendo que soy responsable de todos los honorarios, independientemente de cualquier seguro que pueda tener. También afirmo que toda la información anterior es correcta.

Fecha de firma: _____



RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ autorizo a Pediatric Dental Associates of Las Colinas para presentar a mi aseguradora la informacion requerida para que sean pagados los servicios ofrecidos.

Al firmar esta forma entiendo que doy el consentimiento para que se use mi informacion, para tratamiento, actividades de pago y cualquier movimiento de salud.

Con mi firma confirmo que he sido informado sobre mis derechos de privacidad con respecto a mi informacion de salud bajo la orden de Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPPA) y entiendo que esta informacion puede ser usada para:

- Proveer y coordinar mi tratamiento entre un numero de proveedores de salud quien pueden estar involucrados en el tratamiento ofrecido de forma directa o indirecta.
- Obtener el pago de cualquier tercera parte involucrado por mis servicios de salud.
- Realizar las operaciones normales de atencion de salud, tales como la evaluacion de calidad y actividades de mejora.

y entiendo que si requiero copias de los rayos x, se me requerira firmar una forma de para liberar dicha informacion y tambien entiendo que puede ver un cargo extra por la duplicacion de los documentos.

Nombre del paciente: _____

Nombre del Padre o Guardian: _____

Relacion con el Paciente: _____

PEDATRIC DENTAL ASSOCIATES of LAS COLINAS

Gracias por elegir a nuestra oficina para brindar atencion para el cuidado dental de sus hijos. Estamos comprometidos en brindarle la mejor atencion disponible.

Nuestra oficina se maneja bajo un horario y su tiempo es valioso como el nuestro, los pacientes con mas de 15 minutos tarde a su cita probable se les pedira que reprogramen su cita de nuevo para la proxima cita disponible. SE PIDEN 48 HORAS DE AVISO AL CANCELAR SU CITA, DE OTRA MANERA SE APLICARA UN CARGO A SU CUENTA. Los pago de los servicios ofrecidos tendran que ser liquidados al momento que estos se efectuen. Aceptamos Efectivo, Chèques, Visa, Mastercard, American Express and Care Credit.

Balances con 90 dias de antigüedad seran enviados a una agencia de cobros y reportados al buro de credito.

Si usted tiene seguro dental estamos felices en ayudarle a recibir los beneficios maximos permitidos, y con el fin de conseguir esto, necesitaremos su ayuda y su comprension de nuestra politica de pago. La mayoría de las companias aseguradoras pagan un porcentaje en funcion de sus cargos maximos permitidos y cada compania aseguradora determina de manera arbitraria el cobre que usted es responsable por cualquier balance restante que no sea pagado por su aseguranza.

TODAS LAS FRACTURAS NO CUBIERTAS POR SU ASEGURAZA EN 45 DIAS, TENDRAN QUE SER CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD POR USTED.

____ Estaremos encantados de aceptar la asignacion de beneficios siempre y cuando tengamos la informacion necesario para verificar los beneficios antes de su cita. Tras la verificacion de sus beneficios usted sera responsable de cualquier deducible o balance restante. Si usted no no provee con la informacion adecuada de su aseguranza antes de su cita, la cantidad de los servicios tendran que ser pagada el mismo dia que estos se efectuen.

Por favor, comprenda que su poliza de seguro es un contrato con usted, su empleador y su compania de seguros. El someter la fractura a su seguro se hace como una cortesia y usted es responsable por el pago de todos los cargos en esta cuenta, independientemente de la determinacion arbitraria de cualquier compania de seguros de beneficios u honorarios.

Nos reservamos el derecho de reprogramar cualquier cita si este acuerdo financier no se sigue.

____ He leído, entiendo y acepto la política financiera.

Persona responsable _____ Fecha _____

3108 N MacArthur Irving, TX 75062

972-252-9557

www.irvingkidsdentist.com