



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](http://www.irvingkidsdentist.com)