

La Informacion Demografica

Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de preferencia del niño: _____ Teléfono de la casa: _____

Cumpleaños _____ Edad _____ Género _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico de padre _____ **Texto** **o correo electrónico** confirmación de Cita ok?

* Tenga en cuenta para la comunicación por correo electrónico, revise y acepte la divulgación: Elijo recibir comunicación por correo electrónico o mensaje de texto según lo seleccionado y entiendo que si la información no se transmite de forma cifrada, existe el riesgo de que se acceda de manera inapropiada.

Contacto de emergencia (Nombre y número de teléfono): _____

Escuela _____ Grado _____

Tutor legal 1: _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador _____ Número de trabajo _____

Tutor legal 2: _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador _____ Número de trabajo _____

Nombre del tutor legal que acompaña niño hoy _____ fecha de nacimiento _____

Yo le doy permiso a las siguientes personas para traer a mi hijo/a a citas futuras: _____

Seguro dental: Sí No

Compañía de seguros _____ Número de grupo _____ ID # _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Nombre del médico del niño/grupo _____ Ciudad _____ Estado _____ Teléfono # _____

Nombre y las edades de otros niños en la familia _____

A quien le podemos agradecer por referirlo a nosotros _____

¿Cuál es la razón de la cita dental de su hijo/a? _____

Historia de Salud

Sí No ¿Está su niño de buena salud? Fecha del último examen físico _____

Sí No ¿Su niño ha tenido algún problema de salud? _____

Sí No ¿Su niño ha estado hospitalizado? Por favor dé la razón y fechas _____

Sí No ¿Es su niño alérgico a algo? _____

Sí No ¿Está su hijo tomando algún medicamento? Por favor, dar medicamento, la dosis y la razón _____

Sí No ¿Hubo algún problema al nacer? _____

Por favor marque (✓) si su hijo/a ha sido tratado por alguna de las siguientes:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> enfermedades del corazón/murmurar |
| <input type="checkbox"/> Reacciones adversas a medicamentos | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> retrasos físicos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> síndrome de Down | <input type="checkbox"/> fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma/Respiración | <input type="checkbox"/> endocrino/crecimiento | <input type="checkbox"/> Hígado / enfermedad gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> vista | <input type="checkbox"/> habla / audición |
| <input type="checkbox"/> Sangrado/transfusiones | <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Discrasias sanguíneas | <input type="checkbox"/> retrasos mentales | <input type="checkbox"/> otros problemas _____ |

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> cáncer/tumores | <input type="checkbox"/> infecciones frecuentes | _____ |
| <input type="checkbox"/> parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> personalidad/social | _____ |
| <input type="checkbox"/> labio leporino/paladar | <input type="checkbox"/> reflujo / ERGE | _____ |
| <input type="checkbox"/> defectos congénitos de nacimiento | <input type="checkbox"/> enfermedad de riñón | |

¿Considera usted que su hijo sea:

- avanzado en el proceso de aprendizaje progresa con normalidad lento en el proceso de aprendizaje

Fue su hijo:

- Amamantado alimentados con biberón ¿A qué edad se lo detuvo? _____

Historia Dental

- Sí No ¿Su niño ha ido al dentista? Fecha de las últimas radiografías (si lleva) _____
Nombre del dentista y la fecha _____
- Sí No ¿Ha tenido su hijo alguna reacción desfavorable de la atención dental anterior? Explicar _____

- Sí No ¿Su niño chupe el dedo, el pulgar o chupete? _____
- Sí No ¿Su hijo tiene dolor al masticar, bostezar o abertura ancha?
- Sí No ¿La mandíbula de su hijo/a hace un sonido y hay algún tipo de dolor asociado con los sonidos?

Por favor, compruebe si su hijo tiene problemas con cualquiera de los siguientes:

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Las caries | <input type="checkbox"/> dolor de muelas | <input type="checkbox"/> sensibilidad de los dientes |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> infecciones de las encías | <input type="checkbox"/> color de los dientes |
| <input type="checkbox"/> Ortodoncia | <input type="checkbox"/> sonidos de la mandíbula | <input type="checkbox"/> otro. |

Comentarios: _____

La historia del uso de fluoruro

- Sí No ¿Tiene agua de pozo en su casa?
- Sí No ¿Tiene su hijo una pasta dental con fluoruro?
- Sí No ¿Le da a su hijo cualquier otra forma de fluoruro?
- ¿Qué? _____

Office use only
<input type="checkbox"/> Fl- City Water
<input type="checkbox"/> Pvt. Well
<input type="checkbox"/> Public Well _____ PPM
<input type="checkbox"/> H ₂ O test kit given

Consentimiento para el tratamiento dental

Solicito y autorizo al Dr. Amy Davidian en examinar, limpiar, y proporcionar el tratamiento dental en los dientes del niño. También solicito y autorizo la toma de radiografías dentales que se considere necesario por el dentista para diagnosticar y / o tratar el problema dental de mi hijo. Voy a permitir tomar fotografías de mi hijo o de los dientes del niño con fines de diagnóstico o educativo. Entiendo que el tratamiento dental para los niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento, ayudándoles a entender el tratamiento en condiciones adecuadas para su edad. Dr. Amy C Davidian le proporcionan un ambiente propicio para que los niños aprendan a cooperar durante el tratamiento mediante el uso de alabanza, explicación y demostración de los procedimientos e instrumentos, y usando el tono de voz variable. Seré responsable de los cargos incurridos en este niño para el tratamiento dental.

Firma

Fecha

Politica de Cita

Citas programadas están reservadas específicamente para su hijo. Cualquier cambio en esta Cita pueda afectar a otros pacientes. Si la cancelación es inevitable, por favor llame a la oficina por lo menos con 48 horas de antelación, así que tenemos tiempo suficiente para programar otro niño que necesita de nuestra atención. Nuestra oficina Intenta programar citas a su conveniencia y cuando el tiempo disponible.

- *Todos restaurativa (rellenos, extracciones, etcétera) procedimientos se programan por la mañana. Los niños, como los adultos, están más preparados y por lo general les va mejor en la mañana de este tipo de procedimientos.*
- *Nos esforzamos para ver todos los pacientes en tiempo para su cita programada. Hay momentos en que nuestro horario se retrasa para dar cabida a un niño herido o emergencia. Por favor, acepte nuestras disculpas por adelantado si esto ocurre durante su cita. Vamos a hacer exactamente lo mismo si su hijo está en la necesidad de un tratamiento de emergencia.*
- **Por favor haga planes para llegar 15 minutos o más antes de su cita programada.** Esto le dará tiempo para completar cualquier papeleo adicional y nos permite ver a su hijo a tiempo.
- **Si llega 10-15 minutos tarde a su cita, se le puede pedir a reprogramar para la próxima cita disponible. Al llegar a 15 o más minutos tarde a una cita programada no cuenta como un no se presenta / cancelado la cita.**
- *Una vez más, por favor llamar por lo menos 48 horas de antelación si la cancelación es inevitable para que podamos ofrecer nuestro cuidado a otro paciente. Si no se les da la debida notificación de nombramiento de su hijo paciente nuevo, nos reservamos el derecho de no volver a programar la cita.*
- *Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$ 25 si usted cancela sin dar la debida notificación 48 horas antes de su cita programada.*
- *Citas rotas o perdidas afectan a muchas personas. Si **dos (2) roto / citas perdidas ocurren o dos (2) cancelaciones sin previo aviso de 48 horas**, nuestra oficina se reserva el derecho de no programar las citas posteriores.*

Si en algún momento tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a nuestro personal o llame a nuestra oficina. Estamos aquí para ayudarle en todo lo que podamos. Le agradecemos que nos confía con su niño salud dental.

Padre/ guardian legal

nombre del niño

Fecha

Política Financiera

Gracias por elegir Southpoint Pediatric Dentistry para las necesidades dentales de su hijo. Estamos comprometidos con el éxito del tratamiento de su hijo! Por favor, entienda que *el pago de su factura se considera una parte del tratamiento de su hijo*. Tenga en cuenta que el padre trae al niño a nuestra oficina es *legalmente responsable del pago de todos los cargos*. No podemos enviar declaraciones a otras personas.

Como una cortesía a usted, vamos a presentar su reclamo PRINCIPAL de seguro dental para usted si ha recibido todos los datos de su seguro en el día de su cita. También como una cortesía, acepta la asignación de beneficios.

Vamos a presentar su reclamo de seguro para usted y usted tendrá que pagar su porción estimada descubierto en el momento del servicio. Es su responsabilidad de estar familiarizado con los beneficios de su seguro, ya que será el responsable de lo que el seguro no cubre. Una vez que la compañía de seguros reembolsa a nuestra oficina, si todavía queda un saldo, se le cobrará por la porción restante. Si hay un crédito, se le enviará un cheque de reembolso. **Tenga en cuenta que nuestra oficina NO presentar seguro secundario.** Si usted tiene un seguro secundario, es su responsabilidad presentar con ellos.

Por favor entiendan que no hay una relación directa con su compañía de seguros y nuestra oficina. Su seguro dental es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos responsables de cómo su compañía maneja sus reclamos de seguro o por los beneficios que paga en una reclamación. Sólo podemos asistirle en la estimación de su parte del costo y vamos a verificar sus beneficios antes del tratamiento siempre que sea posible. Tenga en cuenta que sólo proporcionan estimaciones, y sólo su seguro puede determinar exactamente lo que van a pagar en un reclamo una vez que la reclamación se presenta. **En algunos casos**, las compañías de seguros sólo enviará el pago a la paciente, en cuyo caso usted sería responsable por el saldo total de la cuenta a la hora de servicio y usted debe esperar para recibir un cheque de reembolso directamente de su compañía de seguros.

Como pago es debido en el momento del servicio, ofrecemos diferentes métodos de pago para dar cabida a usted y sus necesidades. Para su conveniencia **aceptamos efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, Discover, solamente.** Por favor, tenga en cuenta cualquier cheque devuelto sin fondos están sujetos a una tarifa de \$ 25. Usted, el tutor legal, son responsables por el saldo total de la cuenta. Si, por alguna razón, su compañía de seguros no paga en su reclamo, se le espera para pagar en su totalidad dentro de los 30 días siguientes a la fecha del tratamiento. También tenga en cuenta, si no ha recibido el pago o no se ha comunicado con nosotros dentro de los treinta (30) días, otras medidas pueden tomarse con una agencia de cobros. Nos reservamos el derecho de aplicar una tasa de interés de dieciocho años (18%) a partir de la fecha de servicio. Gracias de antemano por su comprensión de nuestra política financiera!

- Yo autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi hijo de cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento brindado a los efectos de evaluación y reclamaciones para la administración de los beneficios del seguro.
- Yo autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi hijo de cuidado de la salud, el avance y el tratamiento a otro dentista.
- Yo autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, de otro modo pagadero a mí.
- Yo entiendo que mi compañía de seguro de cuidado dental o pagador de mis beneficios dentales puede pagar menos que la factura real de los servicios.
- Yo entiendo que soy financieramente responsable de los pagos en su totalidad en todas las cuentas.
- Al firmar esta declaración, revoco todas las declaraciones anteriores en sentido contrario y de acuerdo en ser responsable del pago de los servicios no pagados, en su totalidad o en parte por mi seguro dental.

Firma de Padre/ tutor legal

Nombre del niño

Fecha

Consentimiento Informado para el Tratamiento Dental Pediátrica.

Nombre del Paciente: _____

Por favor lea esta forma *cuidadosamente!* si usted no entiende algo a su satisfacción, por favor haga preguntas. estaremos encantados de explicarlo! nuestro objetivo es prevenir la caries y tener todos nuestros pacientes "cavidad libre"!

1. Solicito y autorizo la toma de dental oral rayos X y el uso de anestésicos que se consideren necesarios para el tratamiento de los pacientes con problema(s) dentales.
2. Los riesgos habituales y más frecuentes o complicaciones que se producen a partir del tratamiento planificado y procedimientos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: la posibilidad de dolor o molestias durante el tratamiento, inflamación, infección, hemorragia, lesión a los dientes adyacentes y el desarrollo de los tejidos circundantes, de un trastorno de la articulación temporomandibular, entumecimiento temporal o permanente, y reacciones alérgicas.
3. **Yo entiendo** que durante el curso del tratamiento dental del paciente, algo inesperado puede surgir que pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes a los enumerados en el plan de tratamiento del paciente y que va a ser consultado antes del inicio de procedimientos de tratamiento no mencionados. Soy consciente de que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no se han dado garantías yo referente a los resultados del tratamiento dental que el paciente recibe en nuestra oficina.
4. **Yo entiendo** que el tratamiento para los niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento al ayudar a comprender en términos apropiados para su edad. Comportamiento será guiado mediante la alabanza, explicación y demostración de los procedimientos e instrumentos, utilizando un tono de voz variable y volumen.
5. **Yo entiendo** que si el paciente no coopera convertido durante los procedimientos dentales con el movimiento de la cabeza, los brazos y / o piernas, tratamiento dental no hay un ambiente **seguro**. Durante comportamiento disruptivo, puede ser necesario para los asistentes mantener las manos de los pacientes, estabilizar la cabeza y / o movimientos de control de la pierna.
6. **Además, entiendo que** si el paciente no coopera convertido durante los procedimientos dentales con movimientos corporales excesivos, el paciente puede necesitar ser envuelto en una "manta abrazo" o "tablero papoose" para evitar daños y permitir al dentista para proporcionar de forma **segura** el tratamiento necesario. Esto no va a ser utilizada sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito adicional.
7. con el propósito de avanzar en la educación dental médica. Doy permiso para el uso de fotografías clínicas del paciente para diagnóstico, con fines científicos, educativos o de investigación.
8. Doy mi permiso para tomar una foto de mi hijo para la identificación de las citas futuras y para mostrar sus fotos en el tablón de anuncios.
9. **Yo entiendo** que puedo revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento y sin ningún acción otro sobre la base de esta autorización se iniciará, salvo en la medida en que el tratamiento y los procedimientos ya se han realizado o iniciado.
10. **Yo confirmo** que he leído y entiendo este formulario o que se leyó para mí, y que todos los espacios en blanco fueron llenados y todos los párrafos inaplicables, en su caso, fueron golpeados antes de firmar a continuación.

Firma del padre / Tutor legal

Fecha

Certificación de testigo (Witness Certification)

Fecha (Date)

Southpoint Pediatric Dentistry

**Acuse de recibo de las notificaciones
de las prácticas de privacidad**

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Código postal

Se me ha permitido leer una copia del aviso de prácticas de privacidad para la práctica antes mencionada. Yo puedo obtener una copia comunicándose con el gerente de la oficina.

Firma

Fecha

For Office Use Only

We were unable to obtain a written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices because:

- An emergency existed & a signature was not posible at the time
- The individual refused to sign
- A copy was mailed with a request for a signature by return mail
- Unable to communicate with the patient for the following reason: _____

- Other: _____

Prepared by: _____

Signature: _____

Date: _____