


Nombre del Paciente <small>ÚLTIMA INICIAL                          PRIMERA INICIAL</small>	Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Encargado	Parentesco/Relación con el Paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL                          CIUDAD                          ESTADO                          CÓDIGO POSTAL</small>		
Teléfono <small>Casa                          Trabajo</small>	Sexo    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 1. Tuberculosis activa,    2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas,    3. Tos que produce sangre? <b>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>		
<b>Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?</b>		
<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas) <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia) <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento <input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Alergia al látex <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos <input type="checkbox"/> Otras _____ <input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis) <input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA <input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis) <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas		
<b>Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño:</b>		
Nombre del Médico _____ Teléfono _____		

## Historia del Niño

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____ Si es así, por favor haga una lista: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? .....	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? .....	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? .....	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla?.....	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?.....	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? .....	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? .....	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? .....	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? .....	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? .....	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? .....	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? .....	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?.....	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada	21. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados? .....	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usa dentífricos fluorados? .....	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	24. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? .....	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____	26. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas energéticas? .....	27. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento.** Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sólo Para Uso de la Oficina:**     Alerta Médica     Premedicación     Alergias     Anestesia    Revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ACUERDO FINANCIERO

Este acuerdo financiero sirve para darle a conocer de antemano cuáles son nuestras expectativas en el área de las finanzas. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestro Acuerdo Financiero, por favor no dude en preguntar en la recepción para aclararle todas sus dudas.

### PACIENTES CON ASEGURANZA DENTAL:

- Debe proporcionar una tarjeta de seguro dental y toda la información necesaria para verificar su cobertura y presentar su reclamo.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte en ese contrato. Nuestra relación es con usted y no a su compañía de seguros.
- Usted es responsable por los precios de esta oficina y no lo que su compañía de seguros permite o considera "usual, acostumbrado y razonable", los cuales varían de una compañía a otra.
- Aunque es posible estimar sus beneficios de seguro, no somos responsables por la exactitud del estimado. Conocimiento de los beneficios, así como los montos de beneficios, limitaciones, exclusiones, períodos de espera, etc. es totalmente su responsabilidad. Recibir nuestros servicios implica la aceptación de la responsabilidad de pagar a pesar de cualquier discrepancia en el estimado.
- Todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros son su responsabilidad sin importar la razón por la cual no fueron pagados. No todos los servicios que ofrecemos son beneficios cubiertos. Los beneficios varían de una compañía a otra. Honorarios por servicios no cubiertos, junto con los deducibles y copagos deben ser pagados en el momento del tratamiento.

**PACIENTES SIN ASEGURANZA DENTAL:** Le daremos un presupuesto por escrito de los honorarios por los servicios necesarios y el pago se espera en cada visita por los servicios prestados.

### PÓLIZA DE PAGO

- Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, Care Credit, y las principales tarjetas de crédito.
- Si su seguro no ha pagado o denegado su solicitud dentro de 45 días, será su responsabilidad pagar el saldo total inmediatamente.

**CHEQUES DEVUELTOS:** Un cargo de \$ 50.00 se aplica cuando el banco devuelve un cheque.

**FINANCIAMIENTO DE TERCEROS:** Si un tercero se utiliza para financiar el tratamiento dental (por ejemplo, Care Credit), tiene 15 días para cancelar su tratamiento y recibir un reembolso completo. Peticiones de cancelación recibidas después de 15 días están sujetos a una tarifa de 15% sobre el importe financiado.

Peticiones de cancelación recibidas después de que el tratamiento se ha iniciado serán reembolsadas en su totalidad menos la tarifa / precio de los servicios prestados, siempre y cuando estén dentro de los 15 días.

Iniciales \_\_\_\_\_

Peticiones de cancelación recibidas después de 15 días y después de que se haya comenzado el tratamiento se procesarán en el monto financiado menos la penalización de 15%, menos la tarifa / precio de los servicios prestados.

**SALDOS ATRAZADOS:** Una cuenta con un saldo pendiente que exceda 60 días se enviará a una agencia de colecciones. En ese momento, usted será responsable de todos los costos incurridos en el cobro de su deuda a partir de la última fecha de servicio, tales como honorarios de abogados, procesos judiciales y otros cargos asociados con el cobro de su deuda.

**GASTOS DE FINANCIAMIENTO Y HONORARIOS DE COLECCIÓN:** Los gastos financieros se aplicarán a todos los saldos no pagados dentro de los 60 días de la fecha de facturación. Un cargo por mora del 1.5% sobre el saldo insoluto y adeudado se aplicará cada mes hasta que se pague la cuenta en su totalidad.

**CITAS PERDIDAS:** Para reprogramar o cancelar una cita, usted debe notificarnos con veinticuatro (24) horas de anticipación para evitar cargos por cita perdida de \$50. Nos reservamos el derecho de suspender el tratamiento de cualquier paciente cuando no se mantienen las citas programadas.

**REGISTROS DENTALES:** Los registros dentales, como las radiografías, son propiedad de esta oficina. Si usted desea que se le proporcione una copia de su registro dental o radiografías lo haremos con gusto por un precio nominal de duplicación de \$10.

**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN:** Autorizo el tratamiento dental en mi persona / menor y me comprometo a pagar todos los honorarios relacionados con los servicios prestados. Los servicios y tratamientos no cubiertos o pagados por mi seguro dental se pagarán inmediatamente después que la oficina me lo notifique. He leído y entendido este documento en su totalidad, el cual describe las pólizas generales de la oficina y las pólizas financieras de Fusion Children's Dentistry & Orthodontics. Sin ninguna reserva, me comprometo a cumplir con las pólizas descritas en este documento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HIPPA – PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Protección Federal para la privacidad de la información personal y la información de salud están vigentes. El Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA para esta oficina dental está disponible en la recepción cuando se solicite. Su firma indica que usted está reconociendo la notificación de las prácticas de privacidad de esta oficina.

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HOJA INFORMATIVA SOBRE MATERIALES DENTALES

A todos los pacientes se les da a conocer la (DMFS), que da a conocer los componentes químicos de restauraciones dentales.

- He leído el material disponible en la recepción.
- Sé dónde puedo encontrar la información y elijo leerla por mi cuenta.
- Me gustaría solicitar una copia impresa para llevar conmigo.

Reconocimiento de DMFS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE ARBITRAJE

Esta práctica dental se compromete a proporcionar a los pacientes servicios de atención dental en consideración por el pago recibido. Al firmar esta cláusula de arbitraje, usted acepta que cualquier disputa que surja por cualquier negligencia dental será resuelto por arbitraje neutral y que está renunciando a su derecho a un juicio por jurado o tribunal. El acuerdo de arbitraje que usted está aceptando está disponible en la recepción cuando se le solicite.

- He leído el material disponible en la recepción.
- Me gustaría solicitar una copia impresa para llevar conmigo.

Aceptación del Acuerdo de Arbitraje: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_