



Los dentistas pediátricos certificados por la Junta Estatal
Jeffery D. Rhodes & Associates
DDS, MS, FAAPD, PA

¡Bienvenido a nuestra oficina!
Por favor llene este formulario completamente en tinta!

Nombre Del Niño _____ Apelativo Preferido: _____

Dirección del paciente: _____ # De Seguro _____
Calle, apto. no. Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: (____) _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ niño o niña (Círculo uno) Edad _____

Escuela y grado _____ Aficiones Favoritas _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
(No viva en casa)

¿Cómo se enteró de nosotros? Internet búsqueda Smile Shoppe web Facebook Radio Kids directorio

¿Que podemos agradecer por referirlo? Dentista referencia Doctora referencia Amigo _____

PERSONA RESPONSABLE DE CUENTA

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____

Dirección completa: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Calle, apto. no. Ciudad Estado Código Postal

E-mail: _____ Teléfono de casa/celular: (____) _____

De Seguro Social: _____ Empleador: _____

Ocupación: _____ Dirección de Empleador: _____

años al empleador: _____ trabajo teléfono: _____

Estado civil: soltero casado divorciado separado viudo

Secundaria responsable de cuenta:

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____

Dirección completa: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Calle, apto. no. Ciudad Estado Código Postal

E-mail: _____ Teléfono de casa/celular: (____) _____

De Seguro Social: _____ Empleador: _____

Ocupación: _____ Dirección de Empleador: _____

años al empleador: _____ trabajo teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Si tienes seguro, esta sección debe ser completada

Compañía de Seguro dental _____ #teléfono: _____

Nombre del suscriptor /Titular de póliza _____ Relación al paciente: _____

De Grupo _____ # de identificación _____ otros números _____

Compañía de seguro dental secundaria _____ #teléfono: _____

Nombre del suscriptor /Titular de póliza _____ Relación al paciente: _____

De Grupo _____ # de identificación _____ otros números _____

CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN GENERAL

Gracias por elegirnos para ayudarle a mantener a su niño saludable. Estamos comprometidos a ayudarle a proporcionar atención dental para sus niños. Deseamos que la visita de su hijo sea tanto productiva como agradable. La información solicitada en este formulario está diseñada para ayudarnos a diagnosticar y tratar la caries dental (cavidades).

Visita Inicial: Nuestro objetivo es proporcionar un minucioso examen Dentó-facial incluyendo las radiografías (rayos-x). Tomaremos las radiografías a su hijo en esta visita si él/ella puede cooperar con la asistente. Los dientes de su niño serán limpiados profesionalmente y se aplicará un fluoruro de prescripción. Instrucciones de cepillado de dientes-ansia serán dadas al paciente y revisadas con los padres/tutores junto con recomendaciones dietéticas. Tomaremos las radiografías después para comprobar las cavidades y observar el crecimiento, o para otras razones justificables. Contamos con todos los procedimientos disponibles para reducir el riesgo incluyendo delantal de plomado gonadal tiroides, máquina de rayos x colimado y la película ayunada disponible en el mercado hoy en día.

Manejo de comportamiento: Debido al miedo asociado con Odontología, a veces es necesario utilizar técnicas de modificación de la conducta. Empleamos decir-Mostrar-hacer, control de voz y explotación de la mano. No vamos a formar físicamente a tu niño para obtener cooperación, excepto en caso de emergencia. Por razones de seguridad, pedimos que los hermanos del paciente se queden en el área de juego con un adulto responsable.

Por favor, háganos saber si tiene alguna objeción a la utilización del flúor, el óxido nitroso (Gas que ríe), manejo de comportamiento o las radiografías (rayos-x).

Para servir mejor a nuestros pacientes les pedimos que nos deje 48 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita.

Seguro es presentada como una cortesía a nuestros pacientes; pago se requiere al tiempo de servicio. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover y Care Credit.

Doy mi consentimiento para la realización de tratamiento dental integral por los doctores Smile Shoppe Pediatric Dentistry miembros del equipo. Además autorizo a cualquier radiografía que sea necesaria (rayos-x) y fotografías necesarias para el diagnóstico y tratamiento de la condición dental de mi hijo. Tratamiento dental integral y procedimientos incluyen examen, limpieza dental, aplicación de fluoruro restauraciones (rellenos), coronas, endodoncia (tratamiento de nervio del diente), extracciones y mantenedores de espacio. Reconozco que el tratamiento dental para niños incluye esfuerzos para guiar su conducta para ayudarles a entender el tratamiento en condiciones apropiadas para su edad y proporcionar un entorno capaz de ayudar a los niños a aprender a cooperar durante el tratamiento.

Nombre impreso del padre Legal _____

Firma del padre/Legal Guardián _____

Fecha _____

RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

* Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento *

He sido informado de aviso de prácticas de esta práctica de privacidad escrita en lenguaje claro. Este aviso proporciona en detalle los usos y revelaciones de mi hijo protección de información de salud que se puede hacer en esta práctica. Entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento reconocimiento o puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento de la escritura. **Tenga en cuenta que la negativa a firmar afectaría nuestra capacidad para presentar un reclamo al seguro en su nombre. Esta acción requiere pago en su totalidad en el momento del servicio.**

Nombre del Niño _____

Otros individuos que pueden actuar como Tutor Legal _____

Nombre impreso del padre Legal _____

Firma del padre/Legal Guardián _____

Fecha _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE SU NIÑO

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Pediatra/Physician _____

1. Su Hijo esta:

- ¿Bajo el cuidado de un médico en el momento actual? ___No ___Sí, cuando? _____ Por qué? _____
¿Tomando algún medicamento en el momento actual? ___No ___Sí, cual? _____
¿Alérgico a algún medicamento? ___No ___Sí, a qué? _____
¿Alergia a los alimentos, materiales o tintes? ___No ___Sí, a qué? _____

2. Su Hijo a tenido:

- Tenido anestesia general ___No ___Sí
Tenía cualquier tipo de cirugías ___No ___Sí, cuándo? _____ Por qué? _____
¿Ha sido paciente en la sala de emergencias? ___No ___Sí, cuándo? _____ Por qué? _____
¿Se requiere medicación previa antes del tratamiento dental? ___No ___Sí, Por qué? _____

3. Su hijo a sido diagnosticado con alguno de los siguientes: (por favor revise todo lo que aplique)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alteración hormonal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Paladar/Hendido | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Quimioterapia/Radiación |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo | <input type="checkbox"/> Down Síndrome | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Retardación Mental |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Perdida del oído/Implante | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las vías respiratorias reactivas | <input type="checkbox"/> Perturbación glandular | <input type="checkbox"/> Sida/VIH |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea Alta/Baja | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Cirugías | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Problema de actitud | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Problema del corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno de defecto de atención (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades de aprendizaje: | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, o C | <input type="checkbox"/> Problemas con los ojos | <input type="checkbox"/> Trastornos nutricionales |
| o Problema de concentración | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| o Problema de cooperación | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Ulceras en la boca |
| o Problema de entendimiento | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicas/articulaciones | <input type="checkbox"/> Válvula de Corazón artificial |
| o Problemas de comunicación | <input type="checkbox"/> Otro Síndrome | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | | | |

Describe los elementos seleccionados en este espacio: _____

4. Su hijo tiene cualquier otra condición no mencionada? ___No ___Sí, por favor Lístelos _____

INFORMACIÓN DENTAL

- ¿Es la primer visita de su hijo al dentista? ___No ___Sí ¿Cuál es la fecha de la última dental visite? _____
- ¿Su hijo siente dolor dental hoy? ___No ___Sí
- ¿Su niño tiene una condición dental que le preocupe? _____
- ¿Su hijo ha tenido cualquier tipo de daño a los dientes? ___No ___Sí, cuando _____
- ¿Su hijo ha tenido problemas antes con el tratamiento dental? ___No ___Sí

HABITOS DENTALES

- ¿Use una pasta dental con fluoruro? ___No ___Sí
- ¿Actualmente está su hijo tomando suplementos de fluoruro? ___No ___Sí
- Frecuencia de cepillado: ___ AM ___ PM ___ Ambos ___ Ninguno
- Frecuencia de uso de hilo dental: ___ AM ___ PM ___ Ambos ___ Ninguno
- ¿Qué tipo de cepillo utiliza su hijo? ___ Regular ___ Electric ___ Otra
- ¿Quién es responsable del cepillado? ___ Papá ___ Nino ___ Ambos
- A partir de qué edad termino de tomar leche en biberón o dejo de ser amantada/o? _____

Por favor, compruebe si alguno de los siguientes hábitos existe o existió:

___Chupa el dedo ___Usa chupón ___Otro hábito, describe _____

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento y se llevará a cabo en la más estricta confianza. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo.

Firma padre/Legal Guardián

Fecha

Firma De El Doctor

POLITICA FINANCIERA

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Nuestro deseo es ofrecerle la más alta calidad dental en un ambiente cuidadoso y agradable. **Es nuestra política hacer arreglos financiera con usted antes de iniciar cualquier tratamiento.** A continuación se muestra una explicación de nuestros procedimientos de pago. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.

1. El pago de los servicios se paga el día de los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y tarjetas de crédito (VISA, MasterCard, Discover y CareCredit).
2. Para las nuevas visitas de emergencia de pacientes se requiere el pago en su totalidad en el momento de la cita.
3. Como cortesía, le proporcionaremos una copia de los cargos a presentar a su seguro para su reembolso o puede asignar el pago a nuestra oficina y nosotros enviamos reclamación al seguro. **La oficina acepta la asignación por sólo la cobertura de seguro primaria**, secundaria cobertura de seguro debe ser pagado al paciente.
4. Nuestra oficina enviará reclamaciones su seguro de un máximo de **dos veces** por cita.
5. **Si la reclamación no es pagado por su compañía de seguros dentro de los sesenta días, usted será responsable por el saldo total y nueva apelación de seguro se convierte en su responsabilidad.** Estaremos encantados de proporcionarle un formulario de reclamo para que pueda hacer una investigación con su seguro personalmente.
6. Usted debe proporcionar a la oficina con una tarjeta de seguro dental con la dirección postal correcta de la compañía de seguros, o proporcionar un formulario de reclamación dental, que es proporcionada por el empleador. Si uno de estos documentos no están disponibles en el momento de la cita, usted será responsable del pago de todos los honorarios y nosotros le proporcionaremos un formulario de reclamo para que usted presente para su reembolso.
7. Aceptamos asignación de beneficios para un grupo selecto de compañías de seguros; sin embargo será responsable de pagar su deducible y copagos en el momento del servicio. **Usted es responsable por el pago de todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros, incluyendo todos los gastos considerados anteriormente horario de la tarifa habitual de su compañía de seguros.** Sus beneficios de seguros son un contrato entre usted y su empleador. La cantidad de cobertura que usted recibirá dependerá de la calidad de la plan comprado por su empleador, no los honorarios del médico. No permitimos que las compañías de seguros que dictan nuestra planificación del tratamiento, sino más bien lo que es en el mejor interés del niño. Por favor, tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, de los servicios prestados pueden ser los servicios no cubiertos y no se considera razonable y necesario por su compañía de seguros.
8. **La oficina no puede mantener los saldos de más de 90 días;** sin tener en cuenta si el pago del seguro se encuentra pendiente. Un cargo de re-facturación mensual \$ 5.00 será añadido a su cuenta si no se paga dentro de 60 día, independientemente de la cantidad del saldo.
9. Después de 90 días, se le informará de la cuenta atrasada por carta y si no se toman medidas para eliminar la cuenta, se requerirá esta oficina para enviar su cuenta a la corte de reclamos menores para cobrar el pago. El responsable se compromete a pagar todos los gastos de cobranza, relacionados razonables.
10. Habrá un cargo de \$ 30.00 para todos los cheques devueltos.
11. **El padre o tutor que trae el niño a su visita inicial es responsable de pago independiente de lo que una sentencia de divorcio puede afirmar. El reembolso debe hacerse entre los padres divorciados. No vamos a intervenir.**

AUTORIZACIÓN

1. Autorizo Smile Shoppe Pediatric Dentistry a dar cualquier información referente de mi caso a mi compañía de seguros.
2. He leído y aceptado la anterior Política Financiera, entiendo y estoy de acuerdo con los términos establecidos en relación con el pago.

Firma del padre o responsable

Fecha