

Seguro Dental Principal

Tomador del Seguro: _____ Relacion del paciente: _____
Seguro Social del Tomador #: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Compania del Seguro: _____ Empleador: _____
Poliza #: _____ Grupo #: _____ ID de Miembro # _____
Telefono de Compania de Seguro #: _____

Esta cubierto el niño(a) por algún otro plan de seguro dental (incluyendo Medical)? Si No

Seguro Dental Secundario

Tomador del Seguro: _____ Relacion del paciente: _____
Seguro Social del Tomador #: _____ Cumpleaños: _____
Compania del Seguro: _____ Empleador: _____
Poliza #: _____ Grupo #: _____ ID de Miembro # _____
Telefono de Compania de Seguro #: _____

Historial Dental

Esta es la primera cita de su hijo a un dentista? Si No Si no, porfavor de la fecha de la ultima cita:
_____ Dentista Previo: _____

Tiene una copia de los registros dentales de su hijo? Si No

Toma su hijo de una botella? Si No Si no, a que edad lo dejo? _____

Su hijo se chupa el/los dedos o a usado un chupete? Si No A que edad lo dejo? _____

Su agua principal es de poso? Si No

Toma su hijo fluoruro en cualquier forma? Pasta Enjuague Tableta Agua de Ciudad/Agua de Nurseria

Su hijo a tenido alguna lesion tramautica en sus dientes? Si No Si es asi, porfavor explique:

Su hijo a tenido problemas con tratamiento dental previamente? Si No Si es asi, porfavor explique:

Su hijo tiene una condicion dental de la cual usted se preocupa? Si No Si es asi, porfavor explique:

Historial Medica

Pediatra del niño(a): _____ Numero de Telefono: _____

Fecha de la ultima cita: _____

Ha sido su hijo hospitalizado o a tenido cirugias desde que nacio? Si No Si es asi, porfavor explique:

Tiene su hijo discapacidades o desabilidades? Si No Porfavor liste: _____

A tenido su hijo(a) algo de lo siguiente? (Porfavor seleccione si o no por cada condicion)

Sangramiento Abnormal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desorden del Riñon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desabilidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asperger's	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Pulmones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Autismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desorden Mental/Emocional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer/ Tumores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desorden Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Labio leporino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Premedicacion Necesaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VRS(Virus respiratorio)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sindrome de down	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Respiratorio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia/ Convulsions	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Celulas Falciformes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trazo de Celulas Falciformes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas del Corazon/soplo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Sinusal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Continua Nombre de Paciente: _____

Problemas al Hablar Si No

Tuberculosis Si No

Desorden Estomacal Si No

Problemas de Vision Si No

Enfermedad de Tiroidis Si No

Si alguna respuesta arriba fue afirmativa porfavor explique o de mas detalles: _____

Alguna otra condicion medica o preocupacion? _____

Pacientes 14 o mas: algún uso recreacional de tabaco, alcohol o historia de abuso de sustancias?

Yes No

Si la respuesta es si, porfavor indique detalles adicionales: _____

Liste todos los medicamentos actuales con receta, sin receta, y los suplementos. _____

Alergias

Nada Penicilina/Amoxicilina Codeina Latex Ibuprofeno Anestésico

Otros (Porfavor liste): _____

Autorizacion y Liberacion

De mi conocimiento, las cuestiones de este formulario han sido contestadas con precisión. Yo soy el padre, tutor o representante personal de este paciente y tengo el derecho legal para autorizar la atención médica y dental para este niño. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar. Tambien autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y exámenes o tratamiento prestados a mi hijo durante el período de atención, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo el uso de las radiografías y fotografías para el propósito de la enseñanza y las publicaciones científicas. Solicito que mi compañía de seguros pague directamente al dentista. Estoy de acuerdo en permanecer en el local mientras mi hijo está siendo tratado. Tengo entendido que mi compañía de seguro puede pagar menos que el efecto real de los servicios; por lo tanto, estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi hijo. También estoy de acuerdo que los gastos incurridos por este concepto para los cargos por financiamiento, acciones de cobro o de pago retrasado por mí mismo o la compañía de seguros será mi responsabilidad.

Firma de Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Imprimir Nombre de persona que firmo: _____ **Relacion al paciente:** _____

Esta persona tiene el derecho legal para tomar decisiones por el paciente mencionado anterior? Si No

Reviewed and signed by Dr: _____ **Date** _____
(Revisado y firmado por el Dr)

Información Importante para Nuestros Pacientes

Asegurancia Dental:

Estamos encantados de ayudarle a obtener el máximo beneficio de su plan de seguro dental. Por favor, tenga en cuenta que la cobertura de seguro es una relación entre usted, el asegurado y su compañía de seguro. En la mayoría de los casos, una vez que su cobertura del plan ha sido verificada, aceptaremos la asignación de pago de su compañía de seguros. La mayoría de los planes cubren solamente una porción del honorario dental, que significa que usted será responsable de su deducible y del copago. Su co-pago es debido en el momento en que usted está en nuestra oficina para el cuidado dental. Como cortesía a nuestros pacientes y familias, estimamos los copagos para las visitas. Esta estimación no garantiza que el seguro pagará el saldo restante. Para su conveniencia, nuestra oficina presentará reclamaciones de seguros en su nombre. Sin embargo, cualquier reclamación que permanezca pendiente después de 60 días se convertirá en su responsabilidad y un cargo por financiamiento se aplicará a cualquier saldo adeudado. El pago será debido en las reclamaciones debidas y en este evento no se hará ningún otro intento de parte de nuestra oficina para cobrar de la compañía de seguros. Por favor hable con nosotros si tiene preguntas sobre esta póliza.

Pacientes de Medicaid: Su seguro generalmente cubrirá todos los procedimientos en su totalidad, a menos que la oficina le notifique específicamente y le dé un copago. Medicaid debe presentarse en forma secundaria a todos los demás planes de seguro.

Poliza de Pago:

Por favor tenga en cuenta que el padre que trae al paciente a su cita es responsable del pago de todos los cargos y copagos en el momento del servicio. Para su conveniencia, aceptamos Visa, MasterCard, American Express, y Discover. También somos un proveedor de crédito de atención participante. Los cheques personales serán tomados electrónicamente. Habrá un cargo de servicio de \$35.00 para todos los cheques devueltos. Center for Pediatric Dentistry requiere que todos los saldos pendientes sean pagados por completo dentro de 30 días a menos que se hayan hecho otros arreglos. Los saldos restantes después de 30 días se evaluará un cargo por financiamiento. El impago de su cuenta podría resultar en acciones de cobro adicionales, incluyendo pero no limitándose a transferir su cuenta a una agencia de cobros externas. Usted será responsable de los honorarios incurridos en la recolección de su cuenta. Sólo se dispondrá de atención de emergencia si el saldo de su cuenta no se paga en un plazo de 30 días.

Citas y Confirmación de Citas:

Nuestras citas están programadas para respetar su tiempo. Nos reservamos un tiempo específico para el cuidado de su hijo y hacemos todo lo posible para verlo a la hora reservada. Agradecemos su puntualidad y la consideración de no cambiar la hora programada. Sin embargo, si usted necesita cambiar una cita, se solicita una notificación de 48 horas. Llegadas tardes afectan nuestra capacidad para ver a los pacientes de manera oportuna y eficiente. Los pacientes que llegan 15 minutos o más tarde a una cita será necesario reprogramar la cita. Si podemos ver al paciente, no podemos garantizar que todo el tratamiento se complete. Si 2 citas se pierden sin preaviso de 48 horas, no podremos proporcionar la atención dental para su hijo.

Las citas serán confirmadas al menos 48 horas de antelación. Solicitamos respetuosamente que las citas sean confirmadas por el padre o tutor. Si no podemos comunicarnos con usted en cuanto a la cita de su hijo, será trasladado fuera del horario. Puede confirmar sus citas por teléfono al 706-855-8989, por correo electrónico a appointments@drleebaker.com o a través de nuestro sistema automatizado de mensajes de texto y e-mail. Si esta cerrado nos puede dejar un mensaje para confirmar la cita. **Por favor, póngase en contacto con nosotros durante horas de oficina para reprogramar o cancelar citas.**

Comunicacion Electronica:

Para su conveniencia, Center for Pediatric Dentistry usa correo electronico, mensajes de texto y un sistema de llamada automaticas para contactar a nuestros pacientes.

Yo entiendo que la confidencialidad de comunicacion electronica (correo electronico, mensajes de texto, etc) no puede ser garantizado y Center for Pediatric Dentistry no es responsable por la confidencialidad o seguridad de cualquier mensaje enviado a o por mi. Si alguno de mis datos de contacto cambia o en cualquier momento tengo que revocar mi consentimiento, acepto notificar Center for Pediatric Dentistry escrita o en persona.

***Porfavor marque "Si" abajo si nos permite enviarle correspondencia por correo electronico antes de hacerle llamadas automaticas y/o mensajes de texto.**

- Si No Mensajes de texto para confirmaciones de citas y notificaciones.
- Si No E-mail para confirmaciones de citas y notificaciones.*
- Si No E-mail para preguntas de cuenta general, seguro, y/o facturación.*

Nuestra relación con nuestros pacientes es de suma importancia para nosotros. Estamos encantados de responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestra oficina. Esperamos poder brindar una excelente experiencia para usted y su hijo. Gracias por su cooperación!

Firma de Padre/Guardian Legal: _____ **Fecha:** _____

Forma de Permiso

Fecha: _____

Nombre(s) de Paciente(s): _____

Yo, _____, le doy permiso a las personas que se indican a continuación para llevar a mi hijo/a(s) a sus visitas dentales y autorizo al Center for Pediatric Dentistry para darles información sobre el cuidado dental para mi hijo(a). Tienen toda la autoridad para realizar cualquier tratamiento odontológico y las decisiones financieras de mi hijo(s), incluyendo pero no limitado a: sedación, óxido nitroso, radiografías y tratamientos con flúor. Entiendo que el pago por los servicios prestados se debe en el momento del tratamiento y me comprometo a realizar acuerdos de pago con el Center for Pediatric Dentistry si el individuo que acompaña a mis hijo(s) no está dispuesta a realizar el pago en su totalidad. Center for Pediatric Dentistry hará todo lo posible para mantener informado al adulto acompañando a mi hijo(s) antes de que el tratamiento cambie, sin embargo entiendo de que esto no es siempre posible y el adulto será informado de cualquier cambio en la finalización de la cita. Yo entiendo que si tengo que hacer cambios a este acuerdo, debere hacerlo por escrito.

Nombre

Telefono(s)

Relacion al Paciente

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Firma de Padre/Guardian Legal: _____