



Five Cities Pediatric Dental Group desea darle la bienvenida a su familia a nuestra oficina. Nuestra meta es lograr que cada visita de su niño(a) sea agradable y educativa. Nuestra práctica se basa en cuidado preventivo. Nos enfocamos en enseñarle buena higiene oral que le permitirá a su niño(a) tener una sonrisa saludable toda la vida.

Háblanos sobre usted:

- Madre Madrastra Guardián

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular: _____

Dirección electrónica: _____

Teléfono trabajo: _____ Ext: _____

Licencia de conducir: _____ Estado: _____

Háblanos sobre usted:

- Padre Padrastra Guardián

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular: _____

Dirección electrónica: _____

Teléfono trabajo: _____ Ext: _____

Licencia de conducir: _____ Estado: _____

Persona Responsable de la Cuenta

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Tel hogar: _____ Tel celular: _____

Patrón del trabajo: _____

Número de Seguro Social: _____

Estado marital de los padres:

- Soltero Casado Pareja
 Viudo Divorciado Separado

Háblanos sobre su niño(a)

Nombre: _____ Femenina

Fecha de nacimiento _____ Masculino

Núm. Seguro Social: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Teléfono hogar niño(a) _____

Dirección _____

Contacto de emergencia: _____
(adicional a los padres)

Relación: _____ Tel: _____

Hermanos que nos visitan: _____

Seguranza dental primaria

Nombre Seguranza: _____

Teléfono Seguranza: _____

Nombre del asegurado: _____

SSN/ID# _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Patrono: _____

Group #: _____

Seguranza dental Secundaria

Nombre Seguranza: _____

Teléfono Seguranza: _____

Nombre del asegurado: _____

SSN/ID# _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Patrono: _____

Group #: _____



Historial Médico:

Describa la condición de salud del niño(a). Por favor provea los detalles: _____

¿Ha estado alguna vez su niño(a) bajo el cuidado de un médico? Si No Nombre del doctor: _____

Si contesto si, para cuál condición y cuándo lo visito? _____

¿Tiene su niño(a) las vacunas al día? Si No

¿Ha recibido su niño(a) otros medicamentos en el pasado que no fueran antibióticos? Si No

Si contesto si, indique por qué, cuándo y quién lo ordenó? _____

Ha tenido su niño(a) historial de las siguientes? (Circule Si o No)

Asma	Si	No	Condiciones del corazón	Si	No
Uso de inhalador	Si	No	Soplo del corazón	Si	No
Desorden de sangrado	Si	No	Cirugías del corazón	Si	No
Desorden de deficit de atención (ADD)	Si	No	Fiebre Reumática	Si	No
Desorden de hiperactividad y atención (ADHD)	Si	No	Daño cerebral	Si	No
Limitaciones de vista u oído	Si	No	Síncopes/Convulsiones	Si	No
Desórdenes inmunes (incluyendo HIV or AIDS)	Si	No	Epilepsia/Convulsiones	Si	No
Cáncer o tumores	Si	No	Diabetes	Si	No
Reflujo gástrico (GERD)	Si	No	Hepatitis/Ictericia	Si	No

Es su niño(a) alérgico a o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes

Anestésicos locales (lidocaína)	Si	No	Especifique _____
Penicilina, amoxicilina, u otro antibiótico	Si	No	Especifique _____
Aspirina u otro analgésico	Si	No	Especifique _____
Latex (guantes)	Si	No	Especifique _____
Cualquier metal (níquel, estaño, plata)	Si	No	Especifique _____
Cualquier alimento, medicamento o droga	Si	No	Especifique _____

Historial Dental:

¿Es esta la primera visita dental de su niño(a)? Si No

Cuando fue su último examen dental? _____ Nombre del dentista: _____

¿Ha tenido su niño(a) alguna experiencia desagradable en visitas médicas o dentales? Si No

Explique el por qué? _____

¿Tiene su niño(a) algunos de los siguientes hábitos:

Toma botella, pecho o vaso con tapadera durante la noche? Pasado Presente N/A

Chupa dedo (s)? Pasado Presente N/A

Usa chupete o pacificador? Pasado Presente N/A

Otro? _____

¿Su niño(a) toma suplementos de fluoruro? Si No

¿Cuál es su preocupación relacionada con los dientes de su niño(a)? _____

¿Cómo usted piensa su niño(a) actuará frente a un dentista? _____

¿Quién le recomendó nuestra oficina? _____



Políticas Financieras, Acuerdos y Condiciones

Bienvenidos a nuestra práctica. Estamos complacidos de que haya seleccionado nuestra oficina para el cuidado dental de su niño(a) y valoramos la confianza que ha demostrado al escoger **Five Cities Pediatric Dental Group**. Entendemos que los padres están no solamente preocupados por la calidad del cuidado dental de sus niños(as), pero también sobre los costos de los servicios profesionales. Por lo tanto, hemos descrito a continuación las políticas y normas financieras de nuestra oficina.

- El pago total de la porción estimada que el paciente paga se cobra al momento del tratamiento y el mismo lo paga la persona que acompaña al niño(a). Por favor, entienda que el padre/madre, abuelo(a) o guardián que acompaña al niño(a) es responsable del pago total al momento de los servicios. Esto incluye los co-pagos y deducibles.
- Se acepta dinero en efectivo, cheques, money-orders, tarjetas de crédito y Care Credit. Si usted desea más información relacionada con el plan de pagos a través de Care Credit, pregunte a la recepcionista previo al tratamiento. Se acepta Visa y Mastercard, en transacciones de \$150 o más.
- Todos los cheques que fueran devueltos por faltas de fondos (NSF, por sus siglas en inglés) o por cierre de cuenta bancaria se procesaran a través de "No Bad Checks". El "No Bad Checks" electrónicamente le debitará el valor del cheque devuelto y una tarifa de \$25 cuando su cuenta de banco tenga los fondos disponibles. "No Bad Checks" procesará a informar a una agencia de cobro si no puede recuperar la cantidad determinada. Un cargo adicional de 1.5% por mes se le aplicará a las cuentas que tengan más de 60 días de tardanza, independiente de cuál es el seguro dental que usted tenga.

Si usted nos provee con la información precisa de su seguridad, nosotros podemos por cortesía cobrar a su seguridad. **Al momento del tratamiento, nosotros estimaremos y cobraremos el deducible y la porción o responsabilidad del paciente según la información que se verifica de su seguridad. Por favor, esté informado que esta cantidad es solo un estimado y que usted es responsable de la cantidad total que no está cubierta por su seguridad.** Si nosotros procesamos la reclamación de su seguridad, nosotros esperamos el pago en 60 días. Si no recibimos el pago, entonces le enviaremos la factura y usted puede contactar su compañía de seguridad para que le pague la porción a usted. Si nosotros reclamamos a su seguridad y el pago es denegado o si es menos que el estimado para la cubierta, usted será facturado por el balance pendiente.

Nosotros cobramos \$50 por cita cancelada o perdida. Para mover una cita o cancelar, requerimos que nos notifique con **2 DIAS LABORALES** de anticipación. Por favor, esté informado que la oficina está cerrada los lunes. Recuerde que el tiempo que se le reserva a su niño(a) puede ser utilizado por otro niño(a) que lo necesite de urgencia.

En caso de llegar **15 minutos tarde a su cita**, la cita se considerara como una cita cancelada y se le cobrará los \$50 por cita perdida. Nosotros trataremos de acomodarle el mismo día en otro momento, si el itinerario lo permite.

Yo certifico que mi niño(a) está cubierto con la seguridad _____ y que asigno todos los beneficios dentales de su seguridad directamente a **Five Cities Pediatric Dental Group**. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos, co-pago y los deducibles no cubiertos por la seguridad. **Entiendo que soy responsable de pagar en su totalidad cualquier cargo que no esté cubierto por mi seguridad.** Por la siguiente autorizo a **Five Cities Pediatric Dental Group** a ofrecer toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las comunicaciones con la seguridad, sean manuales o electrónicas.

Su firma a continuación confirma que usted ha leído la Política Financiera y que está de acuerdo con sus términos y condiciones.

Padre/Madre/ Guardián (*letra de molde*) _____

Padre/Madre/ Guardián legal firma _____

Nombre del paciente _____

Fecha _____ Testigo _____



Confirmación de recibo de la información de materiales dentales

Yo, como guardián legalmente responsable de _____, confirmo que he recibido de los doctores Lauriente y Pérez Martínez una copia de la Hoja de Información de Materiales Dentales fechada en mayo 2004.

Firma del guardián legal

Fecha

Nombre del guardián legal (letra de molde)

Testigo (Dentista o empleado)

Fecha



Consentimiento Informado

La persona que firma a continuación autoriza a los dentistas pediátricos en este grupo, luego de la explicación de los procedimientos, a realizar todas y cada uno de los tratamientos y terapias con medicamentos que pueden estar indicados para el cuidado de su niño(a), y también autoriza y acepta que el grupo de dentistas puede seleccionar y utilizar la ayuda o método que se entienda necesario. El abajo firmante entiende que previo al tratamiento, el grupo de especialistas dentales pediátricos y/ o sus empleados proveerán una explicación completa de los procedimientos que se estarán realizando. Yo autorizo y consiento a que se utilice la información relacionada con la salud oral del niño(a) y su historial de tratamiento a compañías de seguridad y otros profesionales de la salud; con las excepciones indicadas en la parte inferior de este consentimiento. Este consentimiento será efectivo hasta que se cancele por escrito.

Yo también afirmo que las respuestas ofrecidas en el historial médico del niño(a) son verdaderas y correctas y que no he omitido ninguna información relevante de salud.

Firma del guardián: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Relación: _____

Excepciones específicas a mi consentimiento de proveer información relacionada a la salud oral de mi niño (a) y su historial de tratamiento:

Revisado por Dr. _____ Fecha: _____



CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Usted puede negarse a firmar esta confirmación

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación de Privacidad de la Práctica Privada de esta oficina.

Nombre del paciente : _____

Nombre del paciente : _____

Nombre del paciente : _____

Firma del guardián : _____

Fecha: _____

Relación: _____

Para uso solo de la oficina

Nosotros tratamos de obtener una confirmación escrita de recibo de la Notificación de Privacidad de la Práctica Privada, pero esta confirmación no se pudo obtener por la siguiente razón (es):

- Individuo se negó firmar
- Barreras de comunicación evitaron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia evitó que se obtuviera la confirmación
- Otro (por favor, especifique) _____

Recibido por: Inicial de empleado: _____