



SALUDOS

Nos place darles la bienvenida a nuestra consulta a usted ya a su niño. por favor tome unos minutos para llenar este lo más completamente posible. Si tiene preguntas, nos placera ayudarle. Esperamos ayudarle a mantener la salud oral de su niño.

Fecha _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del niño o menor _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Sexo M F Edad _____ Cumpleaños _____ Apodo _____ Pasatiempos _____

Dirección Residencial _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Postal _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona responsable financieramente _____ Teléfono Hogar _____ Teléfono trabajo _____

¿A quién podemos agradecer su referido? _____

SEGURO

Nombre del padre o guardián _____	Nombre de la madre o guardián _____
Dirección (si diferente a la del paciente) _____	Dirección (si diferente a la del paciente) _____
Teléfono hogar _____ Teléfono trabajo _____ (si diferente de arriba) (si diferente de arriba)	Teléfono hogar _____ Teléfono trabajo _____ (si diferente de arriba) (si diferente de arriba)
Empleador _____	Empleador _____
# Seguro Social _____ Cumpleaños _____	# Seguro Social _____ Cumpleaños _____
¿Tiene usted seguro de cubierta dental para el niño o menor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted seguro de cubierta dental para el niño o menor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del plan _____	Nombre del plan _____
Número de teléfono _____	Número de teléfono _____
Dirección _____	Dirección _____
# de Grupo _____ # de Póliza _____	# de Grupo _____ # de Póliza _____
¿Califica su niño para tratamiento bajo Ayuda Médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de ID. del niño bajo Ayuda Médica _____

Fecha de última visita a un dentista _____ ¿Para qué servicio? _____

HISTORIAL DENTAL

¿Se ha quejado el niño de un problema dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Recibe fluoruro de alguna manera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se cepilla el niño a diario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ha tenido golpes en la boca, dientes, cabeza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usa hilo dental el niño a diario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ha tenido malas experiencias dentales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene malos hábitos dentales, como chuparse el dedo, comerse las uñas, respirar por la boca, chupete, dormir con el biberón, etc.? .. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Por favor llene ambos lados

HISTORIAL MEDICO

Médico del niño o menor _____ Ciudad / estado _____ Teléfono _____

Fecha del último examen médico _____ Resultados _____

	SI	NO	
¿Está el menor bajo el cuidado de un médico actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTOS _____
¿Está recibiendo algún medicamento o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha sido hospitalizado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha tenido cirugía alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS _____
¿Sangra en exceso cuando se corta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿HA TENIDO EL NIÑO O MENOR ALGÚN HISTORIAL DE, O DIFICULTADES RELATIVAS A, LAS SIGUIENTES? SI AFIRMATIVO, MARQUE ASÍ (✓)

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varicelas | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Problemas senos frontales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Abuso alcohol / drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Otras |

EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, ¿a quién debemos llamar?

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

AUTORIZACION

La información que he aportado es correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que será guardada bajo la confidencialidad más estricta, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica de mi niño. Autorizo al personal dental a ejecutar los servicios dentales que necesita mi hijo o menor.

Firma del padre o guardián _____

Fecha _____

Certifico que mi hijo está cubierto por un seguro con:

Nombre de la aseguradora _____

y que asigno directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si alguno, que de otro modo se me pagarían a mí, por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo, páguelo o no el seguro. Por la presente autorizo al dentista a presentar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones al seguro, ya sean manuales o electrónicas.

Firma del padre o guardián _____

Fecha _____



CAMBIOS

A SER LLENADO DURANTE UNA VISITA FUTURA

¿Ha habido algún cambio en la salud del paciente desde la última visita dental? Sí No

Si en lo afirmativo, por favor describa _____

¿Está el paciente tomando medicinas nuevas? Sí No Si en lo afirmativo, por favor liste _____

Fecha _____ Firma del padre o guardián _____

Fecha _____ Firma del padre o guardián _____

Autorizacion De Paciente

Yo _____ autorizo Young Smiles Dentistry for Kids (incluyendo todos los proveedores dentro de la practica) que use, recibe y mande informacion (papel, verbal, o electrica) en relacion de mi tratamiento dental a otros cuidado de salud profesionales que estan envuelto con mi tratamiento y cuidado de salud.

Yo autorizo Young Smiles Dentistry for Kids que le de informacion ha la compania de seguro para que puedan llenar los cargos de los servicios. Yo autorizo que a compania de mi seguro le de los pagos ha Young Smiles Dentistry for Kids y entiendo que yo soy responsable por culaquier costo que no cubre la compania de seguro.

Autorizo y permito que otros profesionales de salud observe mi tratamiento.

Yo entiendo que yo tengo el deber autorizar esto por escrito, y por medio de mandar una notificacion ha Young Smiles Dentistry for Kids.

Una copia de esta autorizacion es validad y sera usadad como documento original. Esta autorizacion sera usada por indefinitivo hasta que usted nos notifique por escrito.

Firma de Paciente o Representante

Fecha

Nombre de Paciente o Representante

Relacion del Representante

Young Smiles Dentistry For Kids
4150 Macland Road Suite 205
Powder Springs GA 30127
Telefono: 770-222-1344 Fax: 770-222-1345

Declaracion de Politicas Financieras para Nuestro Pacientes

Primero, por favor permita que nosotros le demos la bienvenida a usted a nuestra oficina. Esperamos hacer su visita agradable. Lamentablemente, aparte de impacto emocional y fisico de cualquier tratamiento dental, hay demasiado a menudo un grado de impacto financiero tambien. Nos gustaria aliviar su carga financiera potencial tanto como posible. Su revision de nuestras politicas financieras en este tiempo ayudara enormemente a evitar futuros malentendidos y hacer el trabajo de todos mucho mas facil.

1. Nuestra relacion y nuestro contrato con usted son la del Paciente-Dentista. No proporcionamos servicios dentales a companias de seguros y no tenemos ninguna responsabilidad de asegurar que la compania de seguros son felices si sus permios de paga y hacen reclamaciones limitadas para ventajas. No devolveremos el cambio completo su cuidado dental para satisfacer una compania de seguros.

2. Cualquier contrato que existe entre usted y su compania de seguros para el reembolso de cuidado dental no nos obliga a cumplir con la anterior de su politica. Le asistiremos en la clasificacion de sus reclamaciones. La responsabilidad ultima de la clasificacion correcta y el procesamiento de este trabajo de escribir el ect por lo tanto permance con usted y su compania de seguros. Si usted es inseguro de cualquier de la exigencias especificas de su compania de seguros por favor pregunteles. No dependa de nosotros para familiarizarnos con todo tipo de plan de seguros.

3. En la mayor parte de casos no tenemos ningún contrato con compañías de seguros. En aquellas circunstancias donde tenemos realmente tal contrato, las ciertas responsabilidades permanecen con el paciente y son bien documentadas en su guía de ventajas de seguros proporcionada por su compañía de seguros.

4. No archivamos en ninguna circunstancia para la cobertura médica con su compañía de seguros.

5. El pago es esperado en el momento de los servicios para todos los procedimientos no cubiertos por su seguro. Cuando el pago de la compañía de seguros no ha sido recibido 30 días después del tratamiento, esto será su responsabilidad de ponerse en contacto con la compañía de seguros y enviar nuestro pago de oficina en su totalidad entonces. Aceptamos el dinero efectivo, la tarjeta de débito, y tarjeta (Visa, Mastercard, Discover, y American Express). También nuestra política no archivar el seguro secundario.

6. A menudo las compañías de seguros usarán el término "habitual y acostumbrado" o similar tal lengua negando a gastos para el cuidado dental. La implicación es que el doctor culpa demasiado para el procedimiento dado de la visita. Universal "habitual y acostumbrado: la lista de honorarios NO EXISTE. La cantidad que una compañía de seguros reembolsa por un procedimiento variará con la compañía, el tipo y la calidad de la política y a veces la variación en gastos consiste en cuando allí existe un contrato entre una compañía de seguros y nosotros para proporcionar el cuidado en descuento a cambio de la calificación como "dentista participante".

7. En caso de la falta el paciente/garante será responsable de todos los gastos de colección, que incluyen honorarios de costo del tribunal y a abogado.

Somos conscientes de la crisis de escala nacional corriente en la financiación de asistencia médica. El cuidado dental personalizado de la calidad es a veces completamente caro. A pesar de la presión para hacer pasar gastos aumentados al paciente, trabajamos mucho para contener honorarios y otros gastos. El deber es servirle aquí para necesidades de cuidado dentales. Si hemos hecho bien, por favor diga su familia y sus amigos. ¡Si no por favor díganos!

He leído y entiendo el documento. He dado cada oportunidad de recibir una copia de este documento sobre la petición.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cita De Confirmacion

Empezando 1 de Junio 2008 Young Smiles Dentistry for Kids esta implementando que usted los padres confirman la cita de su hijos. Nostros trataremos de localizarlo por el numero de telefono de su casa, trabajo o celular, si lo tenemos disponible.

Si no puede confirmar su cita pero usted viene a su cita vamos a tartar de ver a su nino. Es posible que usted va a tener que hacer otra cita para su nino. Por que se ha movido su cita para accomodar a otro nino. Por favor entienda que esto es por cortesia. Por favor confirmen la cita de sus hijo para el Doctor pueda ver su nino.

X

Firma de Padre o Guardiante

Fecha

Tambien entiendo que es mi responsabilidad de informarles de cualquier cambios de mi telefono o direcccion de casa.

Gracias por su cooperacion

PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

ACKNOWLEDGEMENT FORM

Yo he recibido la Carta De Privacidad y me han dado la oportunidad de leerla.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre o guardian: _____

Fecha de hoy: _____