



ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para ayudarnos a mantener actualizados los expedientes de su hijo, por favor conteste las siguientes preguntas.

Por favor complete cada 6 Meses - Gracias!

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: ___M ___F

Nombre Completo de los Padres: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Asignación y Liberación de Seguros

Certifico que mi (s) dependiente (s) está cubierto (s) por un seguro con _____ y asigno directamente al Dr. Jackson y asocia todos los beneficios del seguro, si los hubiere, por lo demás pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El médico mencionado anteriormente puede usar la información de mi hijo menor de edad y puede revelar dicha información a la (s) Compañía (s) de Seguro antes mencionada ya sus agentes con el propósito de obtener el pago por servicios y determinar los beneficios de seguro por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete el plan de tratamiento actual o un año a partir de la fecha firmada abajo.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Por favor, escriba el nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Número de identificación del miembro: _____

(Por favor, dé una copia de su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del Asegurado: _____

Nombre de la Compañía Secundaria de Seguros Dentales (Si corresponde): _____ Número de identificación del miembro: _____

(Por favor, dé una copia de su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del Asegurado: _____

Por favor marque TODO lo que pertenezca a su hijo:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco/defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática/Fiebre Escarlata | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV Positivo/Exposición |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Trastorno del Comportamiento/Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Otro (Explique): _____ | | |

¿Su hijo está tomando medicamentos actualmente: Sí o No, en caso afirmativo.: _____

¿Ha sido hospitalizado su hijo durante el último año? Sí o No, en caso afirmativo, explique: _____

¿Hay alguna otra información médica que debamos tener en cuenta: Sí o No, en caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Pediatra del Paciente: _____ Fecha del último examen: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento, tampoco existe una orden judicial vigente que me prohíba firmar este consentimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si mi hijo (a) menor tiene algún cambio en la salud. Por medio de la presente, solicito y autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios para el niño mencionado anteriormente, incluyendo pero no limitado a los rayos X, y la administración de anestésicos, que el médico considera aconsejable, esté o no presente cuando El tratamiento se realiza.

¿Quién acompaña al niño hoy?: _____ Relación hacia el Niño: _____

Firma del Padre/Tutor: _____