

## Bienvenidos a Nuestra Práctica!

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ El apodo de niño/a: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle, Ciudad, Estado, Código Postal  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sexo: \_\_\_ M \_\_\_ F Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Nombre y edades de otros niños en la familia: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el motivo de la visita de su hijo/a? \_\_\_\_\_  
 Si es un menor de edad, Nombre del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_  
 ¿A Quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle, Ciudad, Estado, Código Postal  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ #Años: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle, Ciudad, Estado, Código Postal  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ #Años: \_\_\_\_\_  
 ¿Con quién el paciente reside? \_\_\_\_\_ Persona responsable en términos financieros: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO

Nombre Completo del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
 Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Grupo #/Póliza # \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador Asegurado: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (si es aplicable)

Nombre Completo del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
 Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Grupo #/Póliza # \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador Asegurado: \_\_\_\_\_



Al firmar estos documentos mecanografiado/electrónico está conciente de que contiene el mismo valor como una firma manuscrita.

Apellido y Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de la Persona de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Firma del Padre (si es menor de edad): \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Práctica: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Por favor Marque Sí o No (Si sí, por favor, completar los datos.)

Sí  No Es su hijo/a en buena salud? ¿Fecha del último Examen Físico: \_\_\_\_\_

Sí  No Tiene un problema de salud ha tenido su hijo/a? \_\_\_\_\_

Sí  No Su hijo/a ha sido hospitalizado o tenía cualquier operación importante? ¿En caso afirmativo, dar razón y fecha/s: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Hay problemas al nacer? ¿En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: \_\_\_\_\_

Sí  No Es su hijo/a tomando algún medicamento? ¿Por favor dar nombre de medicamentos, dosis y razón: \_\_\_\_\_

Sí  No Es su hijo/a alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo/a tiene un historia de enfermedad grave? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo/a ha tenido algún operaciones principales? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene su niño/a alguna vez has estado involucrado en un accidente grave? \_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE si su hijo tiene o ha recibido tratamiento para cualquiera de la condiciones de salud publica y elaborar a continuación:

El Sangrado Anormal

ADD/ADHD

Las Reacciones Adversas Medicamentos

Alergias

Anemia

Artritis

Asma/Fiebre de Heno

Autismo

Sangrado /Transfusiones

Desorden Sanguíneo

Trastorno Óseo

Bronquitis

Cáncer /Tumor

Parálisis Cerebral

Labio Leporino /Paladar Hendido

Defecto Cardíaco Congenito

Diabetes

Mareo

Endocrino /Crecimiento

Epilepsia

Oftalmología: Ceguera /Baja visión

Infecciones Frecuentes

Trastornos GI

Enfermedades del Corazón

Hepatitis

Enfermedad del Corazón

Soplo del Corazón

HIV/AIDS

Alta Presión Sanguínea

Los Problemas Renales/Enfermedad

Herpes

Alergias al Látex

Los Problemas del Hígado

Retrasos Mentales

Trastorno Neuromuscular

Problemas Nerviosos

Personalidad / Sociales

Retrasos Físicos

Neumonía

Dolores de Cabeza Recurrentes

Fiebre Reumática

Sangrado Prolongado

La Radiación /Quimioterapia

Convulsiones

Enfermedad de Células Falciformes

/Rasgo

Lesiones Importantes

Habla /Audición

Amígdalas /Adenoides Retiradas

Tuberculosis

Actualizado sobre Inmunizaciones

Los detalles de cualquier elemento activado:

¿Hay otras condiciones médicas no mencionadas aquí que debemos tener en cuenta?



Al firmar estos documentos mecanografiado/electrónico está conciente de que contiene el mismo valor como una firma manuscrita.

## HISTORIA DENTAL

Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Por favor Marque Sí o No (En caso afirmativo, completar los detalles.)  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Ha visitado sido su hijo/a al dentista? Fecha de la última visita de rayos-x? (fué tomada): \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Ha experimentado su hijo/a alguna reacción desfavorable del cuidado dental anterior?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Su niño/a se chupa el dedo o usa chupete?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Su hijo/a tiene dolor al masticar, bostezar, abrir o ampliar su boca?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Tiene la mandíbula de su hijo/a a hacer ruido y dolor asociado con los sonidos?

Lo que más le preocupa acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Su hijo/a está experimentando algún dolor dental? Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Su hijo/a ha perdido alguna vez o roto o fracturado un diente? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Ha habido alguna lesión en su boca, dientes o en la cara? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿En cual parte de la boca del niño/a ha sido sensible a la temperatura o la presión? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Las encías del niño/a sangra cuando se cepilla? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Su hijo/a tiene cualquier tipo de habito con el dedo o la lengua? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Su hijo/a respira por la boca? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Ha sido su hijo/a visto por un ortodoncista? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Alguien en la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

¿Cómo se sintieron sobre sus resultados? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su actitud hacia la visita recibida de ortodoncia? \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

- He leído y respondido las preguntas anteriores en la medida de mis conocimientos.
- Autorizo a mi compañía de seguros a pagar Young Smiles Dentistry for Kids todos los beneficios de seguro de otro modo envíeme los pagas por los servicios brindados.
- Yo autorizo el uso de mi firma en todos los seguros sometidos.
- Autorizo a Young Smiles Dentistry for Kids para presentar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean o no pagados por el seguro. Si mi cuenta tiene 90 días de vencimiento, mi cuenta será enviada a colección en un esfuerzo por cobrar el saldo restante debido. La agencia de colección me cobrará una tarifa de 35% para recoger este saldo pendiente.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PERMISO DE LOS PADRES al CONSENTIMIENTO

Por favor, proporcione los nombres de las personas a las que usted dé su consentimiento para llevar a su hijo/A a las visitas al dentista. Tenga en cuenta que esta persona será capaz de dar su consentimiento para el tratamiento y será financieramente responsable de cualquier pago correspondiente a ese día de servicio.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Al firmar estos documentos mecanografiado/electrónico está conciente de que contiene el mismo valor como una firma manuscrita.

**POLÍTICA DE CONFIRMACIÓN / CANCELACIÓN**

Debido a nuestro alto volumen de pacientes y conflictos de citas anteriores, hemos implementado una política de confirmación. Para asegurar que su hijo sea visto de manera oportuna, le pedimos que confirme todas las citas 24 horas antes. Esto garantiza la cita de su hijo. Intentaremos comunicarnos con usted en todos los números de teléfono que haya proporcionado. **Si nuestro intento no tiene éxito, es su responsabilidad confirmar la cita de su hijo. ¡LAS CITAS NO CONFIRMADAS PUEDEN SER CANCELADAS A LA DISCRECIÓN.**

Entendemos que pueden ocurrir situaciones imprevistas. Para ayudar en la comunicación durante estos tiempos, hay dos formas diferentes para que usted pueda confirmar su cita.

Si no confirma su cita, pero llega a tiempo para la cita programada, haremos todo lo posible por ver a su hijo. Por favor entienda que esto es una cortesía; La cita de su niño puede haber sido movida para que otro niño pueda ser visto. Aunque tratamos de acomodar a usted, hay veces que puede que tenga que reprogramar. Una vez más, la confirmación asegura la cita de su hijo y asegura que todos los pacientes sean vistos de manera oportuna.

**ATENCIÓN:** Se requiere un aviso anticipado de 24 horas para cancelar una cita reservada. La tarifa de la cita sino se presenta para higiene es \$ 25.00 y el honorario de la cita sino se presenta para tratamiento es \$ 50.00.

También entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mis números de contacto y / o mi dirección postal.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOTO Y VIDEO DE LIBERACIÓN**

Por la presente autorizo a mi hijo de imágenes capturadas durante cualquier/todos los Young Smiles Dentistry for Kids visitas o actividades de eventos a través de vídeo, foto, y una cámara digital, que se utilizarán exclusivamente para los fines de Young Smiles Dentistry for Kids; material promocional y publicaciones y renuncian a cualquier derecho de propiedad compensación al mismo.

Nombre del Participante (Por favor imprimir): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre /Tutor (Por favor imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PRACTICA DE PRIVACIDAD HIPAA RECONOCIMIENTO**

**\*\* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento\*\***

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina y se me ha brindado la oportunidad de revisarla.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Por favor, escriba el nombre

**Sólo para uso de oficina**

Intentamos obtener un reconocimiento por escrito de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otro (especifique)



Al firmar estos documentos mecanografiado/electrónico está conciente de que contiene el mismo valor como una firma manuscrita.