

BIENVENIDOS

Nos complace darle la bienvenida a usted y su niño(s) a Reading Pediatric Dentistry. Por favor tómese unos minutos en llenar lo más que pueda este formulario. Si tiene alguna pregunta, con mucho gusto le ayudaremos. Tenemos ganas de trabajar con usted para mantener la salud dental de su niño.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A) _____ M F EDAD _____

APODO _____ PASATIEMPOS _____ CELULAR (_____) _____

CORREO ELECTRONICO _____ PREFIERE TEXTOS S N

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO/CÓDIGO POSTAL _____

TEL. DE CASA (_____) _____ TEL. DE TRABAJO (_____) _____

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECERLE POR REFERIRLO(A)? _____

RAZON DE LA VISITA _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

HISTORIA MÉDICA

DOCTOR DEL NIÑO(A) _____

¿ESTA RECIBIENDO ALGUN MEDICAMENTO? SI NO MEDICAMENTOS _____

¿HA SIDO ALGUNA VEZ HOSPITALIZADO? SI NO _____

¿HA TENIDO ALGUNA CIRUJIA? SI NO _____

¿ALGUNA ALERGIA(S)? SI NO _____

¿TIENE EL MENOR/NIÑO(A) ALGUNA HISTORIA DE, O DIFICULTAD CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES? SI TIENE, MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE, POR FAVOR.

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> CÁNCER	<input type="checkbox"/> DESMAYOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL HÍGADO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES
<input type="checkbox"/> SIDA/HIV+	<input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE DOWN	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> DESORDEN DE LA SANGRE
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> SINUSITIS	
<input type="checkbox"/> AUTISMO	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL RIÑÓN	<input type="checkbox"/> AMÍGDALAS	
<input type="checkbox"/> OTHER _____				

HISTORIA DENTAL

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA _____

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN CON LOS DIENTES DE SU NIÑO(A)? _____

¿Se ha quejado su niño(a) de problemas dentales? SI NO

¿Cómo piensa que va a actuar su niño(a) en la visita de hoy? BIEN NERVIOSO CALLADO CON MIEDO

¿Hace/hizo alguna de los siguientes: succión del pulgar, se come las uñas, respira por la boca, chupón/chupete, duerme con el biberón, etc.? SI NO

PADRE/GUARDIAN

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/GUARDIAN _____
DOMICILIO (si es diferente a la del paciente) _____
TEL. DE CASA (___) _____
TEL. DEL TRABAJO (___) _____
CELULAR (___) _____
¿DONDE TRABAJA? _____
SSN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE COMPLETO DEL MADRE/GUARDIAN _____
DOMICILIO (si es diferente a la del paciente) _____
TEL. DE CASA (___) _____
TEL. DEL TRABAJO (___) _____
CELULAR (___) _____
¿DONDE TRABAJA? _____
SSN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SEGURO DENTAL

SEGURO DENTAL PRIMARIO

NOMBRE DEL SEGURO _____ TEL. (___) _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____
DIRECCIÓN _____
NO. DE GRUPO _____ ID# _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

NOMBRE DEL SEGURO _____ TEL. (___) _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____
DIRECCIÓN _____
NO. DE GRUPO _____ ID# _____

AUTORIZACIÓN

Con el mejor de mi conocimiento, la información anterior está completa y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar al doctor si mi hijo(a) tiene en algún momento algún cambio en su estado de salud.

CONSENTIMIENTO DE MENOR

Yo soy el padre, guadian or representante legal de _____
POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL MENOR

Y no hay ninguna orden de una corte por el momento que me prohíba firmar este consentimiento. Por este medio accedo y autorizo a Dr. Reading y personal a proveer el tratamiento dental necesario para mi niño(a), incluyendo no solo rayos "x" pero también, la administración de anestésicos, los cuales son considerados recomendables por el doctor, aun cuando este o no Yo presente durante el tratamiento.

LIBERACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO

Yo doy fe que mi dependiente(s) esta(n) asegurados con _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO(S)

Yo entiendo que Reading Pediatric Dentistry como gesto de cortesía le cobrara a mi compañía de seguro. Yo estoy informada de que soy responsable por conocer la cobertura de mi seguro. Yo estoy completamente informada que **un cargo de \$25 será aplicado a mi cuenta por cada cita perdida así como también por cada cita cancelada con menos de 24 horas de aviso.** Yo estoy también informada que soy la responsable principal de cualquier balance que se deba en la cuenta. En el caso que la compañía de seguro no pague todo lo que se había estimado, Yo soy la responsable por la porción restante. Cualquier porción de la cuenta que no ha sido pagada por más de 2 meses tendrá un cargo financiero de un 18%. La persona que es responsable por la cuenta acuerda además pagar cualquier gasto adicional de colección de hasta el 50% del balance principal si la cuenta tiene que ser enviada a una agencia de colección. La persona que es responsable por la cuenta específicamente acuerda pagar todos los costos de abogado y corte en el caso que sea necesario tomar acción legal para poder solventar la cuenta. Esta cantidad adicional están asociadas con los gastos de colección incurridos durante el proceso.

FIRMA DEL PADRE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE LEGAL _____ FECHA _____

ESCRIBA NOMBRE DEL PADRE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE LEGAL _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

PRIVACIDAD

Yo he tenido la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de Practicas de Privacidad/HIPPA de Reading Pediatric Dentistry. Yo entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar el Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento y Yo puedo contactar la oficina y obtener una copia reciente de la misma.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FIRMA _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ FECHA _____