



Información del paciente

Nombre del paciente _____

M *Apellido* *Nombre* *Inicial*
 F Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Apodo _____ Hobbies _____

Casa Direccion _____

Calle # de Apto *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Direccion _____

Calle # de Apto *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Teléfono de casa _____ Celular de madre _____ Celular de padre _____

Como supo de nosotros? _____

Email Address: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE LOS PADRES

Circule Uno:

Padre Padrastro Guardián

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____

Teléfono de casa _____

(Si difiere del anterior)

Teléfono de trabajo _____

(Si difiere del anterior)

Empleador _____

NSS: ____ - ____ - ____

Tiene cobertura de seguro dental para un menor de edad? SI NO

Circule Uno:

Madre Madrastra Guardián

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____

Teléfono de casa _____

(Si difiere del anterior)

Teléfono de trabajo _____

Si difiere del anterior)

Empleador _____

NSS: ____ - ____ - ____

Tiene cobertura de seguro dental para un menor de edad? SI NO

Seguro Primario

Seguro Secundario

Nombre del suscriptor: _____ Nombre del suscriptor: _____

NSS del suscriptor ----- _____ NSS del suscriptor ----- _____

Fechas de nacimiento: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Aseguradora: _____ Aseguradora: _____

Del grupo: _____ # del grupo: _____

de póliza: _____ # de póliza: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

HISTORIA DENTAL

Ultima visita a un dentista ___/___/___ Ultima Limpieza ___/___/___ Últimos rayos X ___/___/___

Razón de buscar cuidado dental:

__ Primer examen __ chequeo de rutina __ Segunda opinión
__ Dolor de diente o hinchazón __ accidente __ otro: _____

Usted tiene alguna duda o problema respecto a la salud dental de su hijo(a) que le gustaría abordar?

Su hijo(a) ha tenido alguna experiencia dental negativa? _____ Si es así, por favor explique

¿Cómo espera que su hijo(a) reaccione en la visita de hoy?

__ Excelente __ Bien __ Razonable __ Pobre __ no estoy seguro/a

Toma fluoruro en cualquier forma? Si No
 __ en vitaminas __ en agua __ gotas/tabletas __ enjuague/gel

Su hijo(a) se cepilla los dientes diariamente? Si No

Su hijo(a) utiliza el hilo dental diariamente? Si No

Ha tenido alguna lesión en la boca, dientes, o cabeza? Si No

Si es así, a qué edad? _____ Que dientes? _____ Tratamiento recibido? _____

Algún habito oral? Si No
__ Se chupa el dedo __ morderse las unas __ Respirar por la boca
__ Chupete __ Dormir con el biberón __ Otro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En el caso de una emergencia, a quién podemos llamar?

Nombre _____ Relación _____ # de teléfono (____) ____ - _____

Nombre _____ Relación _____ # de teléfono (____) ____ - _____

CONSENTIMIENTO DE FOTO

Yo _____, le doy consentimiento a Cibolo Pediatric Dentistry que capture una imagen fotográfica de mi hijo(a) _____, para sus registros. Yo entiendo que Cibolo Pediatric Dentistry personal tendrá acceso a su foto en el registro dental.

Firma del paciente/guardián _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo autorizo al la dentista y personal para realizar los procedimientos dentales necesarios: examen dental completo (chequeo), profilaxis (limpieza), tratamiento de fluoruro, radiografías (rayos X), los selladores, los modelos de estudio, y de otro tipo de diagnóstico / ayudas preventivas que se consideren necesarias por la dentista y su equipo para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales de mi hijo(a).

Yo autorizo a la dentista y personal para proporcionar cualquier información a otros doctores (médicos, dentistas, etc) con el propósito de la consulta. Entiendo que antes de proporcionar cualquier tratamiento que se le informará acerca de dicho tratamiento, que puede hacer preguntas sobre el tratamiento, y que puede revocar Antes que el tratamiento se proporciona. Procedimientos será divulgada con usted antes de cualquier tratamiento dental. Como padre / tutor legal del paciente, yo otorgo el dentista y el permiso del personal para llevar a cabo cualquier tratamiento necesario (s).

Firma del Paciente/Guardián _____ Fecha: ___/___/___

AUTORIZACIONES CITA

Para citas en el futuro, si usted está planeando enviar a su hijo(a) con alguien que no sea un padre / tutor legal, deberá proporcionar la siguiente información (debe ser 18 años o más):

Nombre de la persona autorizada(s) para acompañar a mi hijo(a) para las visitas futuras de tratamiento:

1. NOMBRE: _____ Relación al niño(a): _____
2. NOMBRE: _____ Relación al niño(a): _____

ACUERDO FINANCIAL

- El seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, nuestra relación es con usted, no la compañía de seguros. Nos presenta su reclamo de seguro como una cortesía para que.
- Todos los gastos incurridos se imputan directamente a usted y usted es personalmente responsable del pago. Los deducibles y los co-pagos son debidos en el momento del tratamiento.
Estimamos que su co-pagos de acuerdo a su política. Nosotros no garantizamos en modo alguno que su seguro pagará esta cantidad.
- Si la compañía de seguros no paga dentro de 60 días, se requiere que usted pague el saldo adeudado.
- Su tarjeta de seguro debe ser presentado en cada visita. Si no hay una tarjeta de seguro, el pago (efectivo, cheque o tarjeta de crédito) se espera que en el momento del servicio
- Yo autorizo el pago directamente a Cibolo Pediatric Dentistry, el seguro de beneficios de otro modo pagadero a mí, y autoriza la divulgación de cualquier información requerida para procesar reclamaciones de seguros.

Firma del paciente/guardián _____ Fecha: ___/___/___

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

Yo, _____ ha revisado una copia de Cibolo Pediatric Dentistry aviso de (Nombre de padre o tutor legal)

practicar de pe privacidad en cuanto a mi hijo/hija de _____.

(Nombre del paciente)

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: ___/___/___

Uso de la Oficina: ___ Paciente se negó firmar ___ Situacion de emergencia nos impidió la obtención ___ Orto

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Fecha:** ___/___/___

POLITICA DE CITA

Nos reservamos tiempo en nuestro programa especial para su hijo, y en consideración a otros solicitamos al menos 48 horas de anticipación antes de la cancelación de citas. Entendemos que hay circunstancias que pueden impedir que mantener la cita de su hijo, sin embargo, con la que nos proporciona la mayor anticipación posible, podemos ser capaces de ponerse en contacto con otra familia que le gustaría que la hora de la cita. Citas de la tarde se llenan rápidamente, y la cancelación con menos de 48 horas de antelación no nos dan tiempo suficiente para programar otra paciente que necesita tratamiento. Después de la segunda cita perdida, se le pedirá que pagar por adelantado para el nombramiento de su hijo antes de que reservar tiempo en nuestro horario. Se pidió a los pacientes que se están ejecutando tarde para llamar a la oficina tan pronto como sea posible para verificar con el personal si todavía será capaz de mantener su cita. Además, las cancelaciones no se aceptan si se deja en el contestador y la cita no se tendrán en cuenta cancelada a menos que llamar en horario de oficina y hablar con uno de nuestros coordinadores de programación.

Los pacientes pueden tener sus citas reprogramadas si son más de 10 minutos tarde a su cita en la consideración para otros pacientes.

Citas canceladas con menos de 48 horas de antelación en una fiesta de la escuela, un tiempo después de la escuela, o el sábado no serán reprogramados en otra fiesta de la escuela, el sábado a partir del tiempo de la cita escolar, ya que son nuestras citas más populares.

Agradecemos mucho su cooperación en ayudarnos a ofrecerle un excelente cuidado de su familia. Por favor firme abajo que ha leído y acepta la información anterior proporcionada a usted. Nosotros le proporcionaremos una copia para sus archivos.

Firma del Paciente/Guardián _____ **Fecha:** ___/___/___