



## Information del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

*Apellido*
*Nombre*
*Initial*

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Hobbies \_\_\_\_\_

Casa Direccion \_\_\_\_\_

*Calle*
*tideApto*
*Ciudad*
*Estado*
*Codigo Postal*

Direccion \_\_\_\_\_

*Calle*
*tideApto*
*Ciudad*
*Estado*
*Codigo Postal*

Telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular de madre \_\_\_\_\_ Celular de padre \_\_\_\_\_

Como supo de nosotros? \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO DE LOS PADRES

Circule Uno:

Padre   Padreastro   Guardian

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DireCCion (si es diferente a la del paciente)

\_\_\_\_\_

Telefono de casa \_\_\_\_\_

*(Si difiere del anterior)*

Telefono de trabajo \_\_\_\_\_

*(Si difiere del anterior)*

Empleador \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

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

Circule Uno:

Madre   Madrastra   Guardian

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Direccion (si es diferente a la del paciente)

\_\_\_\_\_

Telefono de casa \_\_\_\_\_

*(Si difiere del anterior)*

Telefono 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: \_\_\_\_\_

NSS del suscriptor: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fechas de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

# Del grupo: \_\_\_\_\_

# de poliza: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DENTAL**

Ultima visita a un dentista // \_\_\_\_\_ Ultima Limpieza // \_\_\_\_\_ Ultimos rayos X /—/ -----

Razon de buscar cuidado dental:

Primer examen                       chequeo de rutina                       Segunda opinion  
 Dolor de diente o hinchazon \_\_\_\_\_ accidente                       otro: \_\_\_\_\_

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

Su hijo(a) ha tenido alguna experiencia dental negativa? \_\_\_\_\_ Si es asi, por favor explique

Como 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 lesion en la boca, dientes, o cabeza?                      Si    No

Si es asi, a que edad? \_\_\_\_\_ Que dientes? \_\_\_\_\_ Tratamiento recibido? \_\_\_\_\_

Algun habito oral?    Si No

Se chupa el dedo                       morderse las unas                       Respirar por la boca  
 Chupete                       Dormir con el biberon                      Otro: \_\_\_\_\_

### **CONTACTO DE EMERGENCIA**

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

Nombre \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_ # de telefono ( ) - \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_ # de telefono ( ) - \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO DE FOTO**

Yo \_\_\_\_\_, le doy consentimiento a Tots to Teens Pediatric Dentistry que capture una imagen fotografica de mi hijo(a) \_\_\_\_\_, para sus registros. Yo entiendo que Tots to Teens Pediatric Dentistry personal tendra acceso a su foto en el registro dental.

Firma del paciente/guardian \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ /.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

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

Yo autorizo a la dentista y personal para proporcionar cualquier information a otros doctores (medicos, dentistas, etc) con el proposito de la consulta. Entiendo que antes de proporcionar cualquier tratamiento que se le informara acerca de dicho tratamiento, que puede hacer preguntas sobre el tratamiento, y que puede revocar Antes que el tratamiento se proporciona. Procedimientos sera 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/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_

### **AUTORIZACIONES CITA**

Para citas en el future, si usted esta planeando enviar a su hijo(a) con alguien que no sea un padre / tutor legal, debera proporcionar la siguiente information (debe ser 18 anos o mas):

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

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relation al nino(a): \_\_\_\_\_

2. NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relation al nino(a): \_\_\_\_\_

### **ACUERDO FINANCIAL**

- El seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compania de seguros, nuestra relation es con usted, no la compania de seguros. Nos presenta su reclamo de seguro como una cortesfa 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 polftica. Nosotros no garantizamos en modo alguno oue su seguro oagara esta cantidad.
- Si la compania de seguros no paga dentro de 60 dias, 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 credito) se espera que en el momento del servicio
- Yo autorizo el pago directamente a Tots to Teens Pediatric Dentistry P.C., el seguro de beneficios de otro modo pagadero a mi, y autoriza la divulgation de cualquier information requerida para procesar reclamaciones de seguros.

Firma del paciente/guardidn \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_

### **ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ ha revisado una copia de Tots to Teens Pediatric Dentistry, P.C. aviso de  
(Nombre de padre o tutor legal)  
practicass 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 nego firmar \_\_ Situation de emergencia nos impidio la obtencion \_\_ Orto

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **POLITICA DE CITA**

Nos reservamos tiempo en nuestro programa especial para su hijo, y en consideration a otros solicitamos al menos 48 horas de anticipation antes de la cancelation 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 anticipation posible, podemos ser capaces de ponerse en contacto con otra familia que le gustarfa que la hora de la cita. Citas de la tarde se Henan rapidamente, y la cancelation con menos de 48 horas de antelacion no nos dan tiempo suficiente para programar otra paciente que necesita tratamiento. Despues de la segunda cita perdida, se le pedira que pagar por adelantado para el nombramiento de su hijo antes de que reservar tiempo en nuestro horario. Se pidio a los pacientes que se estan ejecutando tarde para llamar a la oficina tan pronto como sea posible para verificar con el personal si todavia sera capaz de mantener su cita. Ademas, las cancelaciones no se aceptan si se deja en el contestador y la cita no se tendran en cuenta cancelada a menos que llamar en horario de oficina y hablar con uno de nuestros coordinadores de programacion.

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

**Citas canceladas con menos de 48 horas de antelacion en una fiesta de la escuela, un tiempo despues de la escuela, o el sabado no seran reprogramados en otra fiesta de la escuela, el sabado a partir del tiempo de la cita escolar, ya que son nuestras citas mas populares.**

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

**Firma del Paciente/Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_ / \_\_ / \_\_