



New Pt Spanish Child

Información del Paciente

Nombre de pila:	Apellido:	fecha de nacimiento:	Multiple Choice	
			☐ Masculino	
			☐ Femenino	
Sobrenombre:	Escuela:	Grado:	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Numero de Telefono:	Edad:
Seguro Social #:			Nombre de su Pediatra:	# de Teléfono:
Nombre de su Dentista Previo:	# de Teléfono:	Última visita con el Dentista:		
Nombre de Padres/Custodio legal:	A quien podemos agradecer por su referencia a nuestra oficina?			
Información de Padres/ Guardián Legal				
Quien es Responsable de esta Cuenta?	☐ Padre		Nombre:	Fecha de Nacimiento:
	☐ Padrastro			
	☐ Guardián Legal			
Correspondencia: (Si es Diferente a la del Niño):				
Calle:			Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Número del Trabajo:		Empleador:
Correo Electrónico:	Seguro Social:	Estado Civil:		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:			
Correspondencia: (Si es Diferente a la del Niño)				
Calle:			Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Numero del Trabajo:		
Empleador:			Correo Electrónico:	Seguro Social:

Photo de ID
No File Uploaded

Información de Aseguranza

Información de Aseguranza Principal:

Nombre del Suscriptor:

Fecha de Nacimiento:

Seguro Social:

de Identificación:

Empleador:

del Grupo/Plan:

Nombre de la Compañía de Aseguranza:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Tiene otra Aseguranza?

☐ Si

☐ No

Autorizacion

A través de este medio autoriza a esta oficina a ceder toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficio y asignar directamente a esta oficina todos los beneficios de mi seguro, de otro modo será pagado por mí. Yo entiendo que soy responsable de pagar cualquier porción depago o deducible que mi seguro no cubra, incluyendo servicios que previamente fueron considerados cubiertos por mi seguro. Yo entiendo que si es necesario, se podrá obtener un reporte del departamento de crédito. Certifico que la información que he proporcionado esta correcta al mejor o a mi conocimiento, que va hacer sostenida terminantemente bajo seguridad y es mi responsabilidad informar le a esta oficina de cualquier cambio en mi cuenta.Seré informado de cualquier tratamiento que mi niño pueda necesitar antes de rendir cualquier servicio.

Firma del Padre/ Guardián Legal:

Photo de Aseguranza

No File Uploaded

Sign

Historia Medica

1. Su hijo a tenido anteriormente experiencia dental?

☐ Yes

☐ No

2. Si su respuesta es si, fue agradable?

☐ Yes

☐ No

3. Su medico nunca le a informado que su niño necesita antibióticos antes de su tratamiento dental?

☐ Yes

☐ No

4. Esta su niño bajo algún cuidado medico?

☐ Yes

☐ No

Si su respuesta es si, por favor explique.

5. Cuando fue el ultimo examen medico de su niño?

6. Esta su niño tomando algún medicamento o sustancia?

☐ Yes

☐ No

Si su respuesta es si, explique por favor.

7. Es su niño alérgico algún medicamento o sustancia?

☐ Yes

☐ No

Si su respuesta es si, explique por favor.

8. Tiene su niño algún problema con

☐ penicilina

☐ antibióticos

☐ anestesia local (Novaciano) o

☐ algún otro tipo de medicamento?

Lista de otros:

9. Es su niño sensible a

☐ Yes

☐ No

☐ metales o

☐ látex?

Si su respuesta es si, por favor explique?

10. Su niño alguna vez a sido tratado por enfermedades del corazón?

☐ Yes

☐ No

11. Su niño tiene murmullos en el corazón?

☐ Yes

☐ No

12. Su niño tiene un

☐ Yes

☐ No

☐ marcapasos

☐ implante de la válvula del corazón artificial?

13. Su niño alguna vez a tenido fiebre reumática?

☐ Yes

☐ No

14. Esta su hija

☐ Yes

☐ No

☐ embarazada

☐ sospecha estar embarazada?

15. Toma su hija medicamentos anticonceptivos?

☐ Yes

☐ No

16. Tiene su hijo alta presión en la sangre?

☐ Yes

☐ No

Si su respuesta es si, que tipo?

17. Su niño alguna vez a sufrido de alguna

☐ Yes

☐ No

☐ enfermedad seria

☐ cirugía?

18. Su niño alguna vez a recibido

19. Su hijo se queja de

20. Su niño sufre de algún problema en la sangre como

☐ Yes ☐ anemia

☐ No ☐ leucemia

☐ hemofilia, etc

21. Su niño tiene algún conjunto artificial/prótesis?

☐ Yes

☐ No

22. Su niño alguna vez a sangrado mucho con alguna cortada o lastimadura?

☐ Yes

☐ No

23. Su niño alguna vez a recibido una transfusión de sangre?

☐ Yes

☐ No

24. Su niño alguna vez a sufrido con problemas de

☐ riñones

☐ estomago o

☐ hígado?

25. Su niño tiene

☐ Yes ☐ autismo o

☐ No ☐ cualquier síndrome?

- ☐ Yes
- ☐ No

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ SIDA?

- ☐ Yes
 ☐ Yes
☐ No
 ☐ No

- ☐ Yes
- ☐ No

Firma del Padre/ Guardián Legal:

PÓLIZA DE CANCELACIÓN

POLIZA FINANCIERA

nos dedicamos a proveer a nuestros pacientes el mejor tratamiento posible y basamos nuestra recomendación de tratamiento en lo que será lo mejor para su niño y no lo qué su compañía de seguridad paga o no paga. Como cortesía, nuestra oficina someterá cualquier reclamo a su seguridad. Su seguro dental es un contrato entre usted, su empleo y su compañía de seguros; por lo tanto, usted es responsable por lo que cubre su seguro. Cualquier pago, deducible o porcentajes que exista por el cuidado dental de su niño, se deben pagar en el día que se rindan los servicios. Sin embargo, recuerde por favor que en la mayoría de los casos estas figuras son solamente estimaciones. No podemos garantizar lo que pagará su seguro. Usted será responsable de cualquier servicio no cubierto o no pagado por su portador de seguro. Antes de terminar cualquier tratamiento, le proveeremos una estimación del costo que indica nuestro costo total, lo que esperamos que su seguro cubra, y su porción estimada de la cual usted es responsable. Esto es solamente una estimación basada sobre información proporcionada por su seguro dental. Someteremos una estimación antes del tratamiento a su compañía de seguros para cualquier tratamiento. Le pedimos que usted entra en contacto con nosotros inmediatamente después de realizar cualquier cambio de seguro dental, de modo que podamos mantener expedientes exactos y actuales de su cuenta y apresurar el reembolso de sus ventajas dentales. Permitimos un máximo de 30 días para que su compañía de seguros pague cualquier balance dental con nosotros. Después de 60 días, cualquier porción sin pagar debe ser pagado por completo por usted. Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, cashier's check, cheques personales, visa, Mastercard, y la línea de crédito de Care Credit. Todos los cheques devueltos estarán conforme a una multa de \$25.00. Después de intentar de recoger fondos debidos y pasando un plazo de 30 días a partir del día de servicio, el padre o guardián legal responsable de la cuenta será enviado a una agencia de colección para concluir la obligación financiera. Estoy de acuerdo a, pagar todo los costos de las finanzas, costos de la colección, honorarios del abogado, y todos los gastos asociados con la colección de mis cuentas excepcionales según permitido por la ley. Reconozco que he leído, entiendo, y estoy dispuesto a conformarme con la política financiera antedicha.

Forma de Consentimiento para Tratamiento Pediatrico Dental

Como profesionales de salud, es necesario que obtengamos su consentimiento/oral para el tratamiento de su hijo/hija (Nombre de paciente)

Por favor de leer esta forma con cuidado, y haga cualquier pregunta que usted no entienda.

1. Yo

Autorizo a la Doctora Thuy Ngo D.M.D y sus asistentes que Nombre Del Padre O Guardian atiendan a mi hijo/hija con los siguientes procedimientos dentales o cirugia oral. Incluyendo el uso de anestesia oral, oxido de nitrogeno, sedantes orales o radiografias cuando se sea necesario.

2. En terminos generales estos procedimientos incluyen: (apunte sus iniciales por favor)

- ☐ A. Limpieza Dental, la aplicacion de fluoruro y radiografias cuando sea necesario.
- ☐ B. La aplicacion de sellantes a fisuras dentales.
- ☐ C. La restauracion de dientes o rellenos danados con relleno blanco o corona
- ☐ D. Tratamiento de dientes infectados o encias.
- ☐ E. Extracciones de un diente o mas.
- ☐ F. El uso de relajantes para el control de nerviosismo o comportamiento negativo.
- ☐ G. El uso de restricciones fisicas para poder hacer los procedimientos dentales necesarios
- ☐ H. El uso de "Control Verbal" para obtener la atencion de ninos con conducta negativa.

El tratamiento de mi hijo/a, los metodos alternativos del tratamiento,al igual que ventajas y desventajas se me an explicado. Se me a dicho que aunque los mejores resultados se esperan, no hay manera de anticipar las complicaciones. Por lo tanto no es posible de garantizar la curacion del tratamiento. Apesar de que la ocurrencias son extremadamente remotas, se sabe que siertos riesgos estan asociados con ciertos prosedimientos dentales. Se requiere que mencionemos lo siguiente: entumecimiento, infeccion, dano al sistema central nervioso, la reduccion o la perdida de la funcion de organos y miembros internos, asi como sicatrisis disfiguradas. Yo entiendo que siertas complicaciones pueden ser fatal o requiere la intervencion medica en el futuro.

Firma Del Padre O Guardian:

Sign

Testigo:

Sign