



Bienvenido



El pariente que acompaña el (la) niño (a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado otro convenio.

1. Información de el (la) Niño (a)

Nombre _____
apellido nombre Inicial

Apodo _____  Niño  Nina

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Tel. Casa # (____) _____

SS # _____

Dirección:

_____ APT.# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

2. Persona Responsable de la Cuenta

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Casa# _____ Trabajo # _____

3. Información de la Madre madrastra tutor

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Trabajo # (____) _____ Ext. _____ Casa # _____

Patrona _____

SS # _____ DL # _____






4. Información del Padre padrastro tutor

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Trabajo # (____) _____ Ext. _____ Casa # _____



Patrona _____

SS # _____ DL # _____

Estado civil de sus padres  soltero  viudo  casado  divorciado  separado

5. Quién Acompaña el (la) niño (a)?

Nombre _____ Parentesco _____

Tienes usted la custodia de este niño?  SI  NO

6. Seguro Dental Primario

Compañía Aseguradora _____

Dirección _____

Num. Teléfono (____) _____

Num. de Poliza _____

Nombre del Asegurado _____

Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS # _____

Patrono _____

7. Seguro Dental Secundaria

Compañía Aseguradora _____

Dirección _____

Num. Teléfono (____) _____

Num. de Poliza _____

Nombre del Asegurado _____

Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS # _____

Patrono _____

continúa al dorso



8. Historia Dental

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista?

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes Habitos ?

S N Se chupa el dedo / los dedos S N Se come las unas

S N Se chupa / se muerde los labios S N Usa Biberon

Ha padecido o padece dificultad el (la) niño (a) asociadas con Trabajo dental?

SI NO

Y si a tenido explique _____

Tiene la agua de el (la) niño (a) floristat? SI NO

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos Floristats? SI NO

Ha padecido o padece dolor/tiernamente En la quijada de el (la) niño (TMJ / TMD) ? SI NO

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario? SI NO

Seda/Floja sus dientes diario? SI NO



Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o superar las regulaciones de control de infeccion sugun el OSHA, el CDC, y el ADA



10.

A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma _____ Fecha _____

Relacion a Paciente _____

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo verbalmente reviste El medico/dental sobre la information con los padres/guardajero y paciente
Aqui en _____ Fecha _____

Aseguro Verification: Fech Efectivo ____/____/____

Preventivo _____% Deductable \$ _____

Basico _____% Maximo \$ _____

Mayor _____% Reclamo Electrico SI NO

9. Historia Salud

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

S N Sangra Anormalmente S N Alguna Incapacidad

S N Alergia a alguna Droga S N Problemas de los Oidos

S N Ha sido Hospitalizado S N Soplo

S N Ha tenido alguna Operacion S N Hemofilia

S N Asma S N Hepatitis

S N Problemas del Higado / Rinones S N SIDA ("HIV")

S N Defecto Congenito del Corazon S N Cancer

S N Convulsiones / Epilepsia S N Diabetes

S N Pregnancy S N Alergia (a) producto Latex

S N Fibre Reumatica/ Escarlatina S N Tuberculosis (TB)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido

Enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) este tomando ahora

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alergico

Nombre del medico de familia _____ Tel _____

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico?

SI NO

Por favor, describa la salud fisica del niño (a)
 Excelente Normal Pobre



www.kidsdentalsmiles.com

POLÍTICA DE CITAS Y DE PAGO

Nosotros animamos a los padres que se relajen en nuestra Sala de Visitas y en el Salón para Padres durante la visita de su niño. Esto nos ayuda a desarrollar una relación de uno a uno, de confianza y cooperación con su niño y nos permite tener su completa atención. Todos somos sumamente calificados en ayudar a los niños vencer la ansiedad. La ansiedad de la separación no es raro en los niños, así que por favor no se preocupe si su niño exhibe alguna conducta negativa. Esto es normal y pronto disminuirá. Los estudios y experiencias han mostrado que la mayoría de los niños sobre la edad de 3, reaccionan más positivamente cuando se le es permitido experimentar la visita dental por ellos mismos y en un ambiente diseñado para niños.

Las citas son planificadas dependiendo en el tratamiento necesitado y la edad de su niño. Trabajaremos con usted para planificar una cita en el tiempo apropiado para la edad de su niño y requisitos dentales. Niños pequeños deben ser vistos por la mañana porque ellos están más frescos y podemos trabajar más lentamente con el niño para su comodidad. Los niños que van a la escuela y con mucho trabajo por hacer, deben ser vistos por la mañana por las mismas razones. Las citas con el dentista son una ausencia permitida. Perdida de la escuela puede ser mantenida a un mínimo cuando el cuidado dental regular es continuado.

La longitud de las citas es planeada exclusivamente para su niño y permite suficiente tiempo para alcanzar el tratamiento planeado. Estos tiempos son planificados con la suprema consideración de su niño y sus necesidades especiales de el o ella. Es muy importante que seamos permitidos pasar la cantidad de tiempo apropiada con su niño. Si usted llega tarde a una cita, esto no nos permite el tiempo que nosotros hemos reservado para su niño y podemos demorar la terminación del tratamiento. Esto tendrá como resultado posiblemente la necesidad de otra cita, que el niño pierda el día de escuela, y que el padre pierda el día de trabajo. Nosotros entendemos que las emergencias y las circunstancias imprevistas suceden y ocasionalmente usted necesitará que hacer otra cita. Solicitamos que usted nos de 24 horas de aviso para que podamos hacerle otra cita y permitir que otro paciente tenga el tiempo originalmente reservado para usted.

FINANCIERO

El seguro Dental es un contrato entre su empleador y la compañía de seguros dental. Los beneficios que usted recibirá son basados en los términos del contrato que fueron negociados entre su empleador y la compañía de seguros dental **y no su oficina dental.**

Desafortunadamente, algunos de los servicios que su niño puede necesitar o querer, no serán cubiertos por su seguro dental. Mientras nosotros estamos comprometidos a darle a su niño el mejor cuidado dental disponible, es importante que usted sepa aproximadamente lo que el costo será. Nosotros le daremos una estimación basada en el tratamiento prescrito y la información recibida de su compañía de seguros.

Recuerde que esto es una estimación solamente. Ocasionalmente, durante el curso del tratamiento otros procedimientos pueden llegar a ser necesarios. Nosotros nos esforzaremos por mantenerle informado si hay cambios en la estimación.

Necesitaremos su información actual del seguro al tiempo del servicio. Como cortesía a usted, nosotros archivaremos con su compañía de seguros para los pagos de la estimación. Los pacientes necesitan entender que en caso que la compañía de seguros dental se rehusé pagar el tratamiento, usted es responsable de todos los honorarios y las apelaciones adicionales del seguro llegan a ser su responsabilidad.

Naturalmente nosotros siempre le proporcionamos con todos los honorarios en avance para que usted sepa el costo exacto del tratamiento.

El pago se espera al tiempo del servicio y nosotros tomaremos en consideración los pagos de la estimación de su compañía de seguros. A usted se le espera que pague su deducible y el co-pago al tiempo del servicio. La oficina no puede llevar un balance más de 60 días a pesar del pago pendiente del seguro. Después de los 60 días, nosotros le informaremos usted de la cuenta delinciente y facturar de declaraciones. Si ninguna acción se toma en pagar la cuenta, esta oficina será requerida a emplear un servicio de la colección para reunir el pago. El padre o el guardián que trae al niño a la visita inicial son responsables del pago de tratamiento, cobros de colección y cobros de abogado.

Nuestra oficina se mantiene dedicado a proporcionar el cuidado óptimo para cada paciente y trabaja con usted para lograr esta meta. Nos enorgullecemos en ayudarle en cualquier manera y en continuar proporcionando la calidad del cuidado a la cual usted ha estado acostumbrado. Por favor díganos si usted tiene cualquier pregunta, nuestro personal está aquí siempre para usted.

Yo autorizo a Dr. Anil Gudapati y personal a dar cualquier información referente a mi caso a mi compañía de seguros. Reconozco que he leído y acepto la Política Financiera antedicha, la entiendo, y convengo con los términos dispuestos con respecto al pago. Conuerdo que el pago es debido a la hora del tratamiento. Conuerdo que los padres/guardianes son responsables de todos los honorarios y servicios rendidos para el tratamiento del menor/niño. Entiendo que soy responsable de todos los cargos que sean o no pagados por la compañía de seguros.

Firma de Padre/Guardián

Fecha