



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro dental primario

Compañía de seguros: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

ID de miembro: _____ Número de grupo: _____

Empleador: _____

Seguro Dental Secundario

Compañía de seguros: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

ID de miembro: _____ Número de grupo: _____

Empleador: _____

Fuente de referencia (encierre en un círculo):

Redes Sociales

Familia/Amigos

Google

Doctor

Conducir/caminar por

Otro: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Historia dental



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene algún concierto sobre los dientes de su hijo?

SÍ NO En caso afirmativo, explique: _____

¿Es esta la primera visita al dentista de su hijo?

SÍ NO Si no, ¿cuándo/dónde fue su última visita al dentista? _____

¿Su hijo recibe flúor?

Suplementos Pasta de dientes con fluoruro

¿Tiene su hijo algún hábito de succión? (chupete, pulgar, dedo)

SÍ NO

¿Cómo tolera su hijo el tratamiento médico y/o dental?

¿Ha habido alguna lesión en los dientes de su hijo?

SÍ NO En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo usa biberón o vasito para sorber?

SÍ NO En caso afirmativo, explique: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Historia médica



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque con un círculo lo siguiente que se aplique a usted y agregue cualquier información relevante.

¿Su hijo está tomando algún medicamento?	SÍ	NO
En caso afirmativo, indique los medicamentos: _____		
¿Su hijo es alérgico a algún medicamento?	SÍ	NO
En caso afirmativo, indique los medicamentos: _____		
¿Tiene su hijo alguna otra alergia?	SÍ	NO
En caso afirmativo, indique qué alergias: _____		
¿Tiene su hijo antecedente de alguna enfermedad importante?	SÍ	NO
En caso afirmativo, indique las enfermedades: _____		
¿Su hijo ha tenido alguna operación importante?	SÍ	NO
En caso afirmativo, explique: _____		

Condiciones:

Sangrado anormal/Hemofilia

Anemia

Artritis

Asma

Trastorno del espectro autista (TEA)

Trastornos óseos

Defecto cardíaco congénito

Diabetes

Mareo

síndrome de down

Epilepsia

Trastornos gastrointestinales

Problemas del corazón

Soplo en el corazón

Hepatitis/Problemas Hepáticos

Herpes

Hipertensión

VIH / SIDA

Problemas renales

PDD-NOS

Neumonía

Trastornos nerviosos

Sangrado prolongado

Radiación / Quimioterapia

Fiebre reumática

Problemas de tiroides

Tuberculosis

Tumor o cáncer

¿Hay alguna condición médica que no hayamos discutido y que usted crea que deberíamos conocer? _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Acuerdo financiero



Entiendo que, aunque pueda tener una o más pólizas de seguro, yo, no las compañías de seguros, soy responsable del pago de todos los cargos incurridos por mi tratamiento por parte de Lakeside Children's Dentistry y/o todos los dentistas tratantes en este lugar. Acepto que mi cuenta se pagará en cada cita a menos que haga otros arreglos con la oficina.

El saldo vence y es pagadero en su totalidad a los 10 días de la fecha del estado de cuenta. Se puede aplicar un cargo financiero mensual a cualquier saldo de cuenta después de 30 días. Comuníquese con nuestra oficina si no puede cumplir con los términos anteriores. Se harán concesiones durante el procesamiento de reclamaciones de seguro hasta seis semanas después del tratamiento.

Se cobrará una tarifa de \$30.00 por todos los cheques devueltos.

Entiendo que, si mi cuenta está asignada a una agencia de cobranza, la agencia de cobranza cobrará una comisión o tarifa que puede llegar hasta el 50% del monto que debo. Entiendo que, si mi cuenta está asignada a una agencia de cobros, Lakeside Children's Dentistry puede agregar el monto de la comisión o tarifa de la agencia de cobros al monto que debo. Acepto pagar esa cantidad adicional.

Entiendo y acepto que, en caso de que se inicie una acción legal para hacer cumplir mis obligaciones en virtud del presente, pagaré los costos judiciales y los honorarios razonables de los abogados.

Se requiere un aviso de 24 horas hábiles si hay que cambiar el día o la hora de su cita. Si no se avisa con 24 horas hábiles de anticipación, se le cobrará un cargo de \$50.00 por "cancelación tardía/no presentación".

Autorización para pagar beneficios al dentista:

Por la presente autorizo y asigno todos los pagos del seguro directamente a Lakeside Children's Dentistry para todos los beneficios dentales por los servicios prestados. Por la presente se otorga el consentimiento como autorización válida.

Padre/Tutor (nombre en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma: _____

Consentimiento para tratar y comunicar



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Política de consentimiento para tratar:

Doy mi permiso para que la práctica realice procedimientos dentales, incluidos nitroso y anestésico local, dentro del alcance profesional de la odontología que se considere necesario en mi(s) hijo(s) a personas con mi permiso.

Reconozco que entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y por la presente solicito y autorizo lo que el médico considere aconsejable si surge alguna condición imprevista durante estos tratamientos y/o procedimientos designados que requieran, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes. de los contemplados. Además, he proporcionado un historial médico lo más preciso y completo posible, incluidos los antibióticos, fármacos y alimentos a los que mi hijo es alérgico.

Política de comunicación:

Nuestra principal prioridad es brindarle toda la información necesaria para tomar decisiones informadas con respecto a la salud bucal de su hijo. Esto incluye brindarle la naturaleza de los procedimientos recomendados, los riesgos de esos procedimientos, cualquier alternativa a los procedimientos recomendados y una estimación del costo. costos involucrados en la realización de dichos procedimientos. Esperamos que la comunicación abierta sea importante para usted y que cualquier inquietud sobre el tratamiento o nuestras políticas se nos informe de inmediato con la misma cortesía y respeto. Sinceramente, haremos todo lo posible para desarrollar una relación a largo plazo en la que la salud bucal y la experiencia dental de su hijo sean lo primero para ambos.

Comunicación de Lakeside Children's Dentistry:

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones relevantes por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico de Lakeside Children's Dentistry.

He leído y entiendo las políticas enumeradas anteriormente.

Padre/Tutor (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud



Nombre del padre/tutor: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de salud.

Aviso de prácticas de privacidad: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida y de otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lo lea detenida y completamente antes de firmar este consentimiento. No dude en hacer preguntas si hay algo que no comprende.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier información de salud protegida que mantengamos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones, comunicándose con el gerente de la oficina de Lakeside Children's Dentistry.

Derecho a revocar: Tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento notificándonos por escrito su revocación al gerente de la oficina. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomemos basándose en este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

Yo (imprimir) _____ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Si prevé que necesitará o desea que se proporcione su información médica a alguna persona, indíquelo a continuación para que podamos brindarle el mejor servicio. Al firmar a continuación, usted autoriza a las siguientes personas a recibir información sobre tratamiento, atención o información financiera.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____



Política de cancelación/Política de no presentación

1. Política de cancelación/no presentación

Entendemos que hay ocasiones en las que debes faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede que impida que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir una situación en la que otro paciente no cancele y no podamos programar una visita.

Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará un depósito de cincuenta dólares (\$50) para programar citas futuras; esto no estará cubierto por su compañía de seguros.

2. Citas programadas

Entendemos que pueden ocurrir retrasos, sin embargo, debemos tratar de mantener el horario del Médico e Higienista a tiempo.

Si un paciente pasa 15 minutos de su hora programada, tendremos que reprogramar la cita.

Impresión del padre/tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____