

Fadal Pediatric Dentistry
5 Doctor Circle
Longview, Texas 75605
Tel 903.21BRUSH Fax 903.544.6046



Fecha: _____

Información Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Apellido: _____

Fecha De nacimiento: _____ Sexo: **M o F**

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono De La Casa: _____ Teléfono De Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

¿ Quién lo Refirió a Nuestra Oficina? _____

Información De La Persona Responsable

¿Quién tiene Responsabilidad Del Paciente? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardian legal ☐ Otra Persona: _____

Nombre De La Madre o Guardian Legal: _____ Apellido: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Soltero (a) ☐ Viudo (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a)

Empleador: _____ Teléfono Del Trabajo: _____

Número De Seguro Social: _____ Teléfono De Celular: _____

Número De Licencia De La Madre: _____ Número De Licencia Del Padre: _____

Nombre Del Padre: _____ Apellido: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Estado Civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado

Empleador: _____ Teléfono Del trabajo: _____

Número De Seguro Social: _____ Teléfono De Celular: _____

¿Quién Está Con el/la Paciente Hoy? _____

Contacto De Emergencia: _____ Relacion Al Paciente: _____ Numero De Telefono: _____

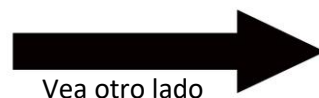
Información Sobre Seguros

¿El/la Paciente Tiene Seguro De Medicaid o CHIP? ☐ SÍ ☐ NO Número Del Miembro: _____

¿Tiene Aseguranza Privada Dental? ☐ SÍ ☐ NO Nombre De La a Seguranza: _____

¿Al Nombre De Quien Esta La Aseguranza? : _____ Fecha De Nacimiento: _____

Número De Seguro Social: _____ Empleador: _____



Historial De Salud Pediatrica

Nombre Del Pediatra Del Niño (a): _____

Nombre Del Cardiólogo o Especialista Del Niño (a): _____

¿Su Hijo(a) Toma Actualmente Algún Medicamento? ☐ Sí ☐ NO Si La Respuesta es Sí, Por Favor Anotelos Abajo:

Medicación: _____ La causa: _____

Medicación: _____ La causa: _____

Medicación: _____ La causa: _____

¿Tiene Su Hijo(a) Alergias A Medicamentos? ☐ Sí ☐ NO Si La Respuesta es Sí, Por Favor Anotelos Abajo:

¿Es Su Hijo(a) Alergico a Látex? ☐ Sí ☐ NO **Solamente Los Jóvenes:** ¿Usa su Hijo(a) Productos De Tabaco? ☐ Sí ☐ NO

Solamente Las Mujeres: ¿Mujeres Toma Anticonceptivos? ☐ Sí ☐ NO

¿Existe Alguna Posibilidad De Que La Paciente Esté Embarazada? ☐ Sí ☐ NO

¿Ha tenido el/la Paciente Alguna Cirugía? _____

Alguien en la familia a tenido complicaciones cisurias o anestecia general?

¿Su Hijo(a) Se Pone Ansioso (a) o Aprensivo (a) Cuando Visita El Dentista?? ☐ Sí ☐ NO Si La Respuesta es Sí, Explique Abajo:

Por Favor, Marque Si Su Hijo(a) Alguna Vez Ha sido Diagnosticado o Tratado Por Cualquiera De Los Siguietes:

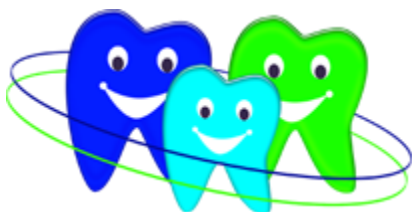
- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Asma | ☐ Reflujo De ácidos | ☐ Murmullo En El Corazón |
| ☐ ADHD/ ADD | ☐ Discapacidad Para Hablar | ☐ Cancer/ Tumores |
| ☐ Autismo | ☐ Trastorno De La Tiroides | ☐ Enfermedad Del Hígado |
| ☐ Anemia/ Trastorno De Sangrado | ☐ Síndrome De Down | ☐ Enfermedad Renal |
| ☐ Epilepsia / Convulsiones | ☐ Parálisis Cerebral | ☐ Deteriorio Visual |
| ☐ Alergias Estacionales | ☐ Labio IEpornio / Paladar Hendido | ☐ Discapacidad Auditiva |
| ☐ Retrasos Mentales | ☐ VIH / SIDA | ☐ Hipertensión |
| ☐ Trastorno De La Personalidad | ☐ Diabetes | ☐ Fiebre Reumática |
| ☐ Trastorno Neurológico | ☐ Hepatitis (Tipo ____) | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Trastorno Alimentario | ☐ Enfermedad Cardiaca | |

Otro _____

Debido a que su hijo(a) es menor de edad, se hace necesario que se obtenga un permiso firmado de un padre o guardián antes de que se pueda iniciar y realizar todo y cualquier servicio dental necesario.

La firma de un padre o guardián fijado abajo autoriza la terminación de todos los servicios dentales convenidos y el uso de los métodos apropiados. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que sea cancelado por cualquiera de las partes. Además, será responsable de cualquier factura incurrida en este niño(a) para tratamiento dental.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____



Fadal Pediatric
DENTISTRY

#5 Doctor Circle | Longview, Texas | 903-21BRUSH

Consentimiento/Autorización para Tratamiento Dental de un Menor

Todos los menores que buscan tratamiento dental DEBEN estar acompañados por un padre/tutor legal durante la visita inicial al consultorio. Periódicamente puede haber momentos en los que no pueda llevar a su hijo a la oficina para una cita y necesite depender de un familiar o amigo. Entendemos estas circunstancias, sin embargo, DEBEMOS tener una autorización por escrito que permita a esta persona acompañar a su hijo. La persona que traiga a su hijo deberá presentar una identificación con foto al momento del servicio. Esta persona también estará autorizada para hacer lo siguiente a menos que se indique lo contrario:

- Firmar todos y cada uno de los formularios requeridos para dar permiso a Odontopediatría Fadal para tratar las necesidades dentales del paciente.
- Para discutir las finanzas (cargos de tratamiento, saldos de cuentas y cargos de próxima cita)
- Para discutir las futuras necesidades de tratamiento dental del paciente
- Firmar el plan de tratamiento del paciente una vez presentado (entiendo que esto no me obliga al tratamiento, solo que el consultorio me ha informado a mí o a mi representante de las necesidades odontológicas del paciente)

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

Persona(s) autorizada(s) para llevar al paciente a la cita:

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Si solo los padres pueden traer al paciente, escriba SOLO PADRE.

Firma Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Reglas Financial

Nuestra primera prioridad es proporcionar la mayor atencion dental possible para su hijo(a).

- Esperamos el pago cuando se prestan los servicios
- Como **cortesía** para nuestros pacientes, presentaremos su seguro dental por usted. **Requerimos** que **pague** cualquier **deducible** y / el porcentaje de lo que su compania no paga. Si tiene alguna pregunta sobre esta politica, consulte antes de los servicios prestados. No se llevan saldos en esta oficina durante 60 dias.
- A todos nuestros pacientes les proporcionaremos un **estimado del tratamiento** despues del examen inicial de cualquier tratamiento de seguimiento necesario. Si no recibe uno, por favor pregunte. Queremos que nuestros pacientes esten **preparados** para cualquier **gasto de bolsillo**.
- Comprendo que si mi compania de seguros me envia el pago, le enviare el pago a Fadal Pediatric Dentistry **dentro de 48 horas**.

En cuanto al asunto de los padres divorciados: El pago es responsabilidad del padre que trae al niño a la oficina para recibir tratamiento. Esto es independientemente de los terminos descritos en el decreto de divorcio. Este es un asunto entre las partes divorciadas y el curso y no podemos ser ubicados en el medio. Si los padres divorciados no pueden ponerse de acuerdo sobre el tratamiento del niño(a), es posible que no podamos continuar tratandolos.

Tenga en cuenta: para nuestros pacientes con **Medicaid**, requerimos una copia de su **tarjeta de Medicaid** en cada visita, no se puede ver a su hijo(a) sin ella. Por favor presentelo cuando llegue.

Aceptamos: Efectivo, Cheque (carga por servicio de \$35 en todos los cheques sin fondos) todas las tarjetas principals de credito, tarjeta de CareCredit (solicite detalles).

Autorizacion:

1. Autorizo a Fadal Pediatric Dentistry y / o sus representantes a divulgar cualquier informacion necesaria a mi compania de seguros.
2. He leido la politica financier anterior y entiendo y estoy de acuerdo con los terminos establecidos con respect al pago.
3. Autorizo a mi compania de seguros a pagar mis beneficios directamente a Fadal Pediatric Dentistry y entiendo que sere completamente responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta. Esta asignacion directa de derechos y beneficios bajo esta polisa.

Firma de la parte responsable

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad del Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas

ACUSE DE REVISIÓN

Fecha: _____

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas (versión en vigor el 20 de julio de 2015), el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Si quien ha completado el formulario ha sido el representante personal del paciente, el representante por favor ponga su nombre en letra de molde y firme en el siguiente espacio.

Representante personal (en letra de molde)

Firma del representante personal

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- ☐ Other (Please be specific):

Employee Signature

Date

Guías Del Horario y Responsabilidades

El doctor y personal de nuestra oficina han puesto mucho esfuerzo y tiempo en el diseño del sistema en citas para proveer a su niño(a) con excelencia en nuestro cuidado del pediatra dental. En el curso del diseñamiento del horario ha sido necesario hacer a los padres de nuestros pacientes responsables por algunos aspectos de su citas. Nosotros nos esforzamos en ser considerados de nuestros pacientes cuando hacemos el horario, nosotros pedimos a nuestros pacientes que sean considerados en nuestro horario también.

Como una cortecia para nuestros pacientes proveemos una llamada de confirmacion por medio del uso del sistema automatizado en llamadas de telefono. Aunque algunas veces, por razones tecnicas el sistema puede que no se confirmen las citas. Por la razon que nosotros requerimos que nuestros pacientes sean responsables por sus horarios de citas.

Nosotros entendemos que el tiempo e imprevistos ocurren a toda la gente, pero cuando sea posible requerimos un aviso de 24 horas de anticipacion para cambiar una cita.

Citas perdidas son tiempo perdido donde el doctor puede aver proporcionado cuidado para alguien mas. Debido al numero de pacientes que nosotros decidimos ver ha sido necesario implementar el siguiente plan.

Durante una serie de citas, si el pasiente **pierde 2 citas sin aver llamado con anticipacion, de vera ser necesario eliminar al paciente de nuestra practica.** Y despues de esta tiempo veremos solamente al paciente en un tipo de emergencia por los siguientes 30 dias.

Cualquier cita que NO sea confirmada el dia antes, antes de las 2:00pm sera CANCELADA. Por favor asegurese de confirmar TODAS sus citas.

Apreciamos su cooperacion en esta area. Al firmar esta forma usted acuerda respetar lo mas cercano posible a nuestro requisitos para las citas.

Gracias y esperamos servirles en las necesidades dentales de sus niños(as).

Firma: _____ Dia: _____