

Información del paciente

Chart # _____ Initials _____

Updated _____

Información del niño

Fecha _____
 Nombre del paciente _____
 Sobrenombre _____
 Hombre Mujer
 Fecha de nacimiento del paciente _____ Edad _____
 Dirección del paciente _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____
 Número de casa del paciente _____
 Escuela _____

Donde escuchaste acerca de nosotros?

Revista Radio Cartelera En línea
 Periódico Televisión Evento local
 Referido? Si es así, ¿quién? _____

Información de la madre

Madre biológica Madrastra Guardian
 Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de casa _____ Número de celular _____
 Número de trabajo _____ Extensión _____
 Empleador _____
 Correo electrónico _____
 Número social _____

Información del padre

Padre biológico Padrastra Guardian
 Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de casa _____ Número de celular _____
 Número de trabajo _____ Extensión _____
 Empleador _____
 Correo electrónico _____
 Número social _____

Estado civil del padre/madre:

Casado Divorciado(a) Separado(a) Soltero(a) Viudo(a)

¿Quién está completando esta información?

Nombre _____
 Relación al paciente _____

¿Tiene custodia legal de este niño? Sí No

Si no, por favor demuestre trámites legales

Información de seguro dental

¿Su niño tiene seguro dental? Sí No
 Por favor de dar todas las tarjetas de seguro a la recepcionista
 Nombre de la compañía de seguro _____
 Dirección de la compañía de seguro _____
 Número de teléfono de la compañía de seguro _____
 Número de grupo _____
 Número de miembro _____
 Nombre del titular del seguro / Relación con el paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ Número social _____
 Empleador _____

Si el paciente no tiene seguro dental, como planea en pagar?

Efectivo Cheque Visa MasterCard Care Credit

Yo certifico que las preguntas anteriores han sido contestadas a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que proporcionando la información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño. También es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi niño. Doy autorización para que el dentista libere cualquier información que incluye el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi niño durante el periodo de dicha atención dental a los terceros pagadores y / o a los profesionales de salud.

Yo autorizo y solicito mi compañía de seguro(s) a pagar directamente a los beneficios de seguro del dentista, de otro modo seré yo el pagador. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios rendidos en mi o en mis dependientes. También autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales necesarios que mi niño pueda necesitar.

Consentimiento Para Acuerdos De Tratamiento

Yo doy solicitud y consentimiento a la a realización de tratamiento integral dental por el dentista tratante y su personal. Además autorizo cualquier radiografías necesarias y fotografías necesarias para el diagnóstico y tratamiento de la condición dental de mi niño.

Tratamiento integral dental y procedimientos incluyen examinación, limpieza dental, aplicación de fluoruro, restauraciones (empaste), corona de dientes, tratamiento endodóntico (tratamiento del nervio del diente), extracciones, y mantenedores de espacio. Reconozco que el tratamiento dental para niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento, ayudándoles a comprender el tratamiento en condiciones adecuadas para su edad, y proveer de un medio ambiente que podría ayudar a los niños a aprender a cooperar durante el tratamiento.

 Firma de Padre/Guardián

 Fecha

 Firma de Padre/Guardián

 Fecha

Información de salud

Chart # _____ Initials _____

Updated _____

SOLAMENTE Nuevos Pacientes

El motivo el niño está aquí hoy _____

Esta es la primera visita dental de su niño? Si No

Fecha de la última visita _____

¿Tu hijo(a) ha tenido una experiencia inagradable en una oficina dental?

Si No Si es si, por favor explique _____

Dentista anterior de su niño _____

¿Su niño rechina los dientes? Si No

¿Su niño se chupa el dedo? Si No

Si su niño uso un biberón, ¿a qué edad se lo suspendió? _____

¿Su niño ronca o tiene apnea del sueño? Si No

¿Es su niño un "respirador de boca?" Si No

Información Medical

Nombre de doctor _____

Está su niño:

¿Bajo el cuidado de otro doctor en este tiempo?

No Si - ¿Cuando/Porque? _____

¿Las vacunas de su niño están al corriente?

No Si

¿Actualmente está tomando algún medicamento (con receta o sin receta)?

No Si - ¿Que? _____

Su niño ha:

¿Sufrido reacciones desfavorables a algún medicamento?

No Si - ¿Que? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) o a tenido cirugía?

No Si - ¿Por o para que? _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión seria en la cabeza o el cuello?

No Si - ¿Que? _____

¿Alguna vez se ha quejado de molestias de la ATM (dolor mandibular)?

No Si

Alergias

¿Es el niño alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal

Latex Los anestésicos locales Sulfamidas

Otros (incluidos los alimentos / materiales / colorantes) _____

¿Está en dieta especial?

No Si - ¿Qué tipo? _____

Historia Medical

¿Alguna vez el paciente fue diagnosticado con cualquiera de los siguientes?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/TDAH | <input type="checkbox"/> Cortisona | <input type="checkbox"/> Nutricional deficiencias |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Medicaciones | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Gota | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> La enfermedad paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> La epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> La enfermedad paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Mareo / vértigo | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Frecuente dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Daño cerebral | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón / enfermedad | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> VIH + / SIDA | <input type="checkbox"/> Estómago / Enfermedad intestinal |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia / Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> La urticaria / erupción | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> La hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Labio/paladar hendido | <input type="checkbox"/> El hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial / fiebre ampollas | <input type="checkbox"/> El hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Tumores / Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Corazón congénito | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Trastorno | <input type="checkbox"/> Problema de riñón | <input type="checkbox"/> ¿Cualquier otra condición o enfermedad grave no listada anteriormente? |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Leucemia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Trastorno mental | _____ |

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento, que las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o la salud de mi niño. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi salud o la de mi niño.

Firma de Padre/Guardián

Fecha



Reconocimiento Del Aviso De Las Prácticas Sobre Privacidad Y Consentimiento

He recibido y / o revisado una copia de aviso de Prácticas de Privacidad de Leap Kids Dental.

*Usted puede negarse a firmar este reconocimiento. *Tenga en cuenta que al no firmar, afectaría nuestra capacidad para presentar reclamaciones de seguros en su nombre. Esta acción podría requerir el pago en su totalidad en el momento del servicio.

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha

El consentimiento del acompañante del niño

Yo autorizo a las siguientes personas para actuar como designados representantes de atención de salud con los que la información de mi niño puede ser discutido. También autorizo y doy consentimiento para que los siguientes personas puedan llevar a mi niño a las visitas al dentista y tomar decisiones de tratamiento en mi nombre.

(En las líneas abajo, liste nombres Y la relación de cualquier otra persona que puedan llevar a su niño a las visitas dentales y tomar decisiones de tratamiento.)

Marque aquí si ninguna otra persona puede llevar su niño a las visitas dentales.

Nombre Completo de la Persona

Relación

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha

Autorización para Modelo de Foto y Video

Por la presente, otorgo el equipo dental de Leap Kids Dental el derecho absoluto y irrevocable derecho y el permiso sin restricciones para usar fotos / videos tomados de mi o en el que se incluyen con los demás, y al uso, reutilización, publicar y volver a publicar el mismo en su totalidad o en parte, de forma individual o conjuntamente con otras fotos / vídeos y en conjunción con cualquier medio ahora o en el futuro conocidas y para cualquier propósito para las ilustraciones, promoción, arte, editorial, publicidad, y el comercio o cualquier otro propósito sin restricción.

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha

Póliza de Colecciones

Usted está de acuerdo, para que podamos dar servicio a su cuenta o cobrar cualquier monto que usted nos pueda deber, podemos llamar a cualquier numero de telefono asociado a su cuenta, incluidos los números de teléfono móvil, lo que podría resultar en cargos a usted. También podemos comunicarnos con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos a su número o dirección de correo electrónico inalámbrico. Métodos de contacto pueden incluir el uso de una voz pregrabado / artificial y / o el uso de un dispositivo de marcación automática. Estas autorizaciones seguirán siendo en efecto hasta que sea retirado de forma individual por usted por escrito a nuestras instalaciones y / o cualquiera otro individuo a cual la autorización se le ha sido extendido. He leído esta descripción y estoy de acuerdo que Leap Kids Dental o agencia de colección afiliados pueden comunicarse conmigo como se ha descrito anteriormente.

Firma de Padre/Guardián SOLAMENTE

Nombre de niño(s)

Fecha



Nos complace que haya hecho una cita para su niño para cuidado de importancia de salud oral. Visitas regulares al dentista son cada 6 meses, incluyendo los exámenes, limpiezas, tratamientos con fluoruro, selladores dentales, empastes, y son importantes para mantener los dientes sanos. Es especialmente importante que usted mantenga su cita! Valioso tiempo se ha reservado para el cuidado de su niño. Citas perdidas resultan en tiempo perdido que pudo haber sido usado para otro paciente en espera para recibir tratamiento. Se hace todo lo posible para mantener el calendario previsto por lo que respetuosamente se le pide a los pacientes a ser puntuales y a mantener sus citas. La oficina intentará programar citas a su conveniencia y cuando se dispone el tiempo.

Por favor tome un momento para familiarizarse con nuestra póliza de citas. ¡Gracias!

Las Citas Rotas / Perdidas

La cita de su niño es reservada específicamente para ellos. Tratamos de recordar a los pacientes por teléfono antes de la cita, **pero por favor, no dependa de esta cortesía.** Si la cancelación es inevitable, por favor llame a la oficina al menos 48 horas de anticipo para así otorgar la cita de su hijo(a) a otro paciente. Si no se cancela la cita de su hijo(a) con mas de 48 horas de anticipo o si no lleva a su niño a la cita, vamos a considerar que se trata de una cita rota / pérdida. **Si se producen 2 citas rotas, nuestra oficina se reserva el derecho de no programar ninguna de las visitas posteriores para su hijo.** Si varios niños fueron programados en el mismo día y las citas se rompen, reservamos el derecho para programar un solo hijo por día.

De vez en cuando, enfermedades de los niños u otras emergencias inesperadas hacen que sea necesario para cancelar una cita con menos de 48 horas de aviso. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina inmediatamente y haremos todo lo posible para acomodar su situación

Las Llegadas Tardes

Si llega mas de 10 minutos tarde a la cita de su hijo, se le puede pedir que re programe para la próxima cita disponible. Una vez más, por favor llame al menos 48 horas de anticipo si la cancelación es inevitable.

Los Retrasos de Citas

Nos esforzamos para ver todos los pacientes en tiempo para su cita programada. Hacemos todo lo posible para permanecer a tiempo. Además, hay momentos en que nuestro programa se retrasa con el fin de dar cabida a un niño lesionado o una emergencia. Por favor, acepte nuestras disculpas de antemano si esto ocurre durante la cita de su niño. Nosotros le proporcionamos la misma cortesía si su hijo está en necesidad de tratamiento de emergencia. Le pedimos que si a su hijo(a) no se le a llamado en el tiempo adecuado a su cita, porfavor notifique a un miembro del personal.

Un padre o guardián legal (con documentación oficial) debe estar presente en la oficina durante el examen inicial y / o cualquier cita de restauración.

Para la seguridad y la privacidad de todos los pacientes, otros niños que no están siendo tratados deben permanecer en la sala de recepción con un adulto supervisor.

He leído y entendido la póliza de citas de Leap Kids Dental.

Firma del Padre/Guardián

Nombre del niño (o niños)

Fecha