

BIENVENIDO A SEAHORSE KIDS DENTAL

Odontología para bebés, niños y adolescentes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre Mujer
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Escuela _____
¿Cómo se enteró de nosotros?
 Website Google Yelp Facebook Promoción correo
 Pediatra _____ Amigo _____
 Otro _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre _____ Apellido _____
Parentesco con el paciente _____
SSN _____ Permiso de conducir/ID # _____
Estado civil Soltero Casado Divorciado Pareja de hecho
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Número de casa _____
Número de móvil _____
Dirección de correo electrónico _____
Ocupación _____
Empleador _____
Número de trabajo _____

¿QUIÉN ACOMPAÑA HOY AL PACIENTE?

Nombre _____ Apellido _____
Parentesco con el paciente _____
¿Tiene la custodia legal del niño(a)? Sí No

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Apellido _____
Parentesco con el paciente _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Número de casa _____
Número de móvil _____

SERVICIOS

Aquí en Seahorse Kids Dental tenemos diversos servicios disponibles para mejorar la salud oral de su hijo. Por favor, marque con un círculo cualquier servicio que desee discutir con nuestro amable personal durante su visita.

<input type="checkbox"/> Sellantes protectores	<input type="checkbox"/> Tratamientos con flúor
<input type="checkbox"/> Empastes del color del diente	<input type="checkbox"/> Sedación
<input type="checkbox"/> Coronas dentales	<input type="checkbox"/> Revisión de ortodoncia

SEGURO PRIMARIO

Tarjeta de seguro facilitada

Compañía de seguros _____
Dirección Compañía de seguros _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono Compañía de seguros _____
Póliza# _____ Grupo # _____
Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento _____ SSN _____
Empleador _____

SEGURO SECUNDARIO

Tarjeta de seguro facilitada

Compañía de seguros _____
Teléfono Compañía de seguros _____
Dirección Compañía de seguros _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Póliza# _____ Grupo # _____
Nombre del suscriptor _____
Fecha de nacimiento _____ SSN _____
Empleador del Suscriptor _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Nombre _____ Apellido _____
Parentesco _____

Teléfono celular, teléfono fijo y correo electrónico consentimiento

Autorizo a Seahorse Kids Dental a usar la información de contacto facilitada en este formulario, para comunicarse con respecto a la atención dental de mi hijo, la cobertura y la cuenta. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Por favor, seleccione cómo podemos comunicarnos con usted.

E-mail Llamar y dejar buzón de voz Texto

Número preferido _____ Iniciales _____

Con quien más podemos hablar del cuidado dental de su hijo (ej. cónyuge, abuelo, etc.). Por favor, indique nombres y parentesco

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo, el firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro y asigno directamente a Seahorse Kids Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiere, o pagaderos a mí por los servicios prestados. Se que soy responsable de todos los costos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las solicitudes de seguro.

Firma del responsable _____

Parentesco _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO: Apruebo la realización de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por parte del dentista para una atención dental adecuada.

Firma del tutor _____ Fecha _____

INFORMACIÓN MÉDICA PARA PACIENTES NUEVOS

HISTORIAL DENTAL

¿Razón de la visita de hoy? _____

Evalúe la salud dental actual del niño Buena Regular Mala

¿Le duele algo al niño? Sí No

¿El niño ha ido antes al dentista? Sí No

Fecha de la última visita al dentista _____

Fecha de la última radiografía dental _____

Dentista anterior _____

¿El niño se cepilla los dientes a diario? Sí No

¿Tiene flúor la pasta de dientes del niño? Sí No

¿El niño usa hilo dental a diario? Sí No

¿El niño utiliza enjuague bucal? Sí No

¿Usted le cepilla los dientes al niño? Sí No

¿Padece aftas con frecuencia? Sí No

¿Cuántos bocadillos entre comidas al día? _____

Lactancia materna-hasta los _____ Lactancia con biberón-hasta los _____

¿Hay algo de la sonrisa de su hijo que le gustaría cambiar?

¿Su hijo consume con frecuencia? (Marque con un círculo lo que corresponda)

Zumo de fruta	Leche achocolatada	Agua del grifo
Dulces	Gomitas de vitaminas	Agua embotellada
Fruta	Leche antes de dormir	Snacks ricos en carbohidratos

¿Tiene el niño alguno de los siguientes hábitos? (Marque lo que corresponda)

Usa chupete	Se chupa el dedo	Aprieta/rechina los dientes
Mastica hielo	Se muerde uñas/labios	Respira por la boca

¿Está contento con las visitas previas del niño al dentista? Sí No

¿Ha tenido el niño alguna experiencia dental o médica anterior desfavorable? Sí No

En caso afirmativo, describa _____

Describe el temperamento de su hijo/a _____

Nombre una cosa que le guste de verdad _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del pediatra/médico _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fecha última visita _____

HISTORIAL MÉDICO

SÍ **NO** **CONDICIONES**

¿Las vacunas están al día?

¿Su hijo ha sido diagnosticado y/o tratado por algo de lo siguiente?

Hemorragia anormal/Hemofilia

TDA/TDAH

Alergias estacionales o fiebre del heno

Asma/Enfermedad Reactiva de las Vías Respiratorias

Autismo/ASD

Problemas óseos/articulares

Cáncer/Tumor/Leucemia

Labio leporino y/o paladar hendido

Defecto cardíaco congénito

Diabetes

Discapacidades/Necesidades especiales

Deficiencia auditiva/visual

Cardiopatía/Murmullo

VIH+/SIDA/Trastorno inmunitario

Problemas renales/hepáticos

Psiquiatría/Salud mental

Fiebre reumática/escarlata

Anemia de células falciformes

Ataques/Epilepsia/Convulsiones

Trastornos estomacales/intestinales

Tuberculosis

SÍ **NO** ¿Tiene el niño antecedentes de lo siguiente?

Nacimiento premature

Enfermedad grave

Hospitalización/cirugía

Alergias a medicamentos/alimentos/materiales

Si es sí, Por favor describa _____

Lista de alergias _____

Lista actual de medicamentos _____

Por la presente certifico que he leído lo anterior, que la información dada es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar de los cambios en el estado médico del niño. **Doy permiso a este consultorio para que le tomen las radiografías, exámenes y servicios dentales que consideren necesarios.**

Nombre del padre/tutor _____

Firma _____

Fecha _____

Firma del médico _____

Fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

POLÍTICAS FINANCIERAS

Métodos de pago aceptados

Aceptamos efectivo, la mayoría de las tarjetas de crédito y cheques de hasta \$200. Hay un cargo de \$50 por fondos insuficientes en cualquier cheque devuelto o pago con una tarjeta de crédito inválida.

Financiación

Entendemos que el tratamiento dental no siempre está contemplado en el presupuesto. Le ayudaremos a solicitar un Care Credit para pagar los gastos médicos a su cargo no cubiertos por el seguro. El padre o tutor legal del paciente diligenciará una breve solicitud para su aprobación. El préstamo de terceros no afecta las obligaciones de la persona responsable en virtud de este acuerdo. Todos los ingresos serán pagados directamente al Dr. Grant Shandler.

Pacientes de Medi-Cal

Su cobertura de Medi-Cal será verificada y presentaremos reclamaciones a su seguro para los procedimientos cubiertos prestados.

Seguro de Pacientes

Verificaremos su elegibilidad de seguro y la información de cobertura para que las reclamaciones pueden ser presentadas después del tratamiento. No todos los servicios tienen beneficios cubiertos en todos los contratos. Su empleador selecciona el nivel de cobertura según la prima pagada. Por favor, recuerde que presentamos las reclamaciones como una cortesía a nuestros pacientes, sin embargo, el contrato de seguro es entre el suscriptor (padre/tutor) y la compañía de seguros. Usted, el padre o el tutor legal es en última instancia responsable de cualquier saldo en la cuenta sin importar el involucramiento del seguro.

Su monto estimado será pagadero en la fecha del servicio. Las importes estimados se basan en la información histórica de cada compañía. Para un tratamiento extenso, se puede presentar una estimación a su seguro a petición. Una estimación previa del tratamiento no es una garantía de beneficio o pago. Los beneficios reales no se determinan hasta que su compañía de seguros recibe una solicitud para su procesamiento. Aunque hacemos todo lo posible para proveer información precisa y para cobrar el máximo beneficio por el tratamiento prestado, hay veces en que un saldo se mantendrá después de que usted haya hecho un pago personal y el seguro haya realizado su pago. No se realizan ajustes contractuales ni se cancela ningún saldo después de que la compañía de seguros haya efectuado el pago. Si usted no ha pagado su saldo en 90 días, se añadirá un cargo financiero del 1% mensual a su cuenta hasta que lo pague. Estaremos encantados de enviarle un reembolso una vez que hayamos recibido el pago de su compañía de seguros.

Algunas compañías le envían el pago del seguro directamente a usted. De todas formas, presentaremos las reclamaciones en su nombre como cortesía. Para estos seguros, el pago completo de los servicios será pagadero en el momento del servicio.

Citas perdidas/Tarifa de cancelación tardía

Para los que han perdido o cancelado en un plazo de 48 horas, dos o más citas el año anterior, se requerirá un depósito de \$50 para reprogramar.

Nombre del paciente (letra imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Padre o tutor legal (letra imprenta)

Firma

Fecha

**Acuse de Recibo de:
Hoja Informativa Sobre Materiales Dentales y Aviso
de Prácticas de Privacidad**

Al Firmar este documento, reconozco que recibí una copia de

- Hoja Informativa Sobre Materiales Dentales
- Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del paciente (en letra imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Padre o tutor legal (en letra imprenta)

Firma

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

CESIÓN DE FOTOGRAFÍAS

En Seahorse Kids Dental, hacemos todo lo posible para que nuestros pacientes se sientan especiales. Nos gusta compartir fotos de las hermosas sonrisas de nuestros pacientes en nuestro sitio web, página de Facebook, Instagram y otros materiales relacionados con el consultorio para que nuestros amigos y familiares vean lo divertida que puede ser una visita al dentista. Por favor, marque una de las siguientes casillas y firme a continuación:

- ESTOY DE ACUERDO** y por la presente concedo pleno permiso a Seahorse Kids Dental, sus médicos y personal para usar los nombres, fotografías y testimonios ya sean míos o de mis hijos con fines de marketing para la clínica y cualquier material publicitario. A través de este consentimiento renuncio a todos los derechos de privacidad o compensación que pueda tener en relación con el uso de mi nombre o el de mi hijo(a) y/o la fotografía.

- NO ESTOY DE ACUERDO** en que mi nombre o el de mi hijo(a) ni su fotografía se utilicen con fines públicos.

Nombre del paciente (en letra imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Padre o tutor legal (en letra imprenta)

Firma

Fecha