



Cuentenos sobre su hijo/a:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Apodo: _____ Peso: _____

Informacion del responsable:

Madre/Guardian: _____

Celular: _____

Mensajes de texto?: Si No

Direccion: _____

Empleador: _____ Fecha nacimiento ___ / ___ / ___

Correo electronico: _____

Padre/Guardian: _____

Celular: _____

Mensajes de texto?: Si No

Direccion: _____

Empleador: _____ Birthdate ___ / ___ / ___

Correo electronico: _____

Informacion de Seguro:

Compania de Seguros Primaria: _____

Insurance Co. Phone #: _____

Grupo #: _____ ID#: _____

Suscriptor: _____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Compania de Seguros Secundaria: _____

Insurance Co. Phone #: _____

Grupo #: _____ ID#: _____

Suscriptor: _____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Acompañantes Por favor, liste cualquier adulto (que no sea padre/tutor) que pueda llevar a su hijo/a a sus citas. Deje este espacio vacío si no corresponde.

Nombre: _____

Relacion con el Paciente: _____

Permisos (marque cualquier casilla a continuación para permitir ese permiso)

Programar citas Consentir el tratamiento

Actualizar la informacion de la cuenta

Acceder a la informacion financiera

Acompañantes Por favor, liste cualquier adulto (que no sea padre/tutor) que pueda llevar a su hijo/a a sus citas. Deje este espacio vacío si no corresponde.

Nombre: _____

Relacion con el Paciente: _____

Permisos (marque cualquier casilla a continuación para permitir ese permiso)

Programar citas Consentir el tratamiento

Actualizar la informacion de la cuenta

Acceder a la informacion financiera

Otra Información:

Por favor, liste cualquier otro niño en su familia que hayamos visto antes: _____

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?: _____

¿Cuáles son sus principales preocupaciones dentales para su hijo/a?: _____

¿Es la primera visita dental de su hijo/a?: _____

Nombre del dentista anterior: _____

Fecha de la última cita dental: _____

¿Se tomaron radiografías?: _____



¿Alguna vez tu hijo ha lastimado sus dientes o mandíbulas?

Si No

Si es así, por favor, explique:

¿Tu hijo tiene antecedentes de lo siguiente?

Tomaba pecho/ biberón Pasado Presente

Chuparse el dedo Pasado Presente

Chupete Pasado Presente

Rechinar Pasado Presente

Apretar los dientes Pasado Presente

¿Tu hijo/a ha tenido alguna experiencia médica/dental desfavorable?

Por favor, explique:

Historial Medico

¿Quién es el médico de atención primaria de su hijo/a?

Nombre: _____

Teléfono: _____

¿Su hijo/a esta bajo el cuidado por un problema médico?

Si No

Si es así, por favor, explique:

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes condiciones médicas?

- Anemia
- Artritis
- Asma Gravedad:
- Autismo/Trastorno Sensorial
- Enfermedad de la Sangre
- Problemas de Huesos/Articulaciones
- Moretones Fáciles
- Cáncer, Malignidad, Quimioterapia o Radiación

Por favor explique:

- Parálisis Cerebral
- Problemas Crónicos de Adenoides/Amígdalas
- Infecciones Crónicas del Oído
- Labio Leporino/Paladar Hendido

¿Está tomando su hijo actualmente algún medicamento recetado o de venta libre?

Si No

Si es así, por favor, explique:

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado o a tenido alguna cirugía?

Si No

Si es así, por favor, explique:

¿Es su hijo/a alérgico/sensible al látex, acrílicos o metales?

Si No

Si es así, por favor, explique:

¿Es alérgico su hijo/a a algún medicamento/comida?

Si No

Si es así, por favor, explique: -

¿Alguien en su familia ha tenido una reacción negativa a algún anestésico local o general?

Si No

Si es así, por favor, explique:

¿Está interesado en la ortodoncia si su hijo/a se beneficiaría de los frenos dentales?

Si No

- Defecto Congénito del Corazón
- Retraso del Desarrollo
- Diabetes
- Epilepsia/Convulsiones
- Desmayos/Mareos
- Problemas de Crecimiento/Desarrollo
- Cirugía Cardíaca/Soplo/Defectos
- Problemas de Audición/Habla
- Hemofilia
- Hiperactividad/TDAH
- Trastorno Neurológico
- Fiebre Reumática
- Alergias Estacionales
- Tuberculosis

Autorizo a Pediatric Dental Associates of Albany a administrar los medicamentos necesarios y realizar los procedimientos diagnósticos, fotográficos, preventivos, terapéuticos y restaurativos que sean necesarios para el cuidado y la salud dental adecuados. Entiendo que no se iniciará ningún tratamiento hasta que se haya discutido conmigo el tratamiento recomendado, el tiempo involucrado y la inversión financiera por uno de los doctores o uno de sus miembros del personal. La información en esta página y el historial dental / médico son correctos según mi leal saber y entender. Otorgo a Pediatric Dental Associates of Albany el derecho a divulgar los historiales médicos / dentales de mi hijo y otra información sobre el tratamiento dental de mi hijo a los terceros pagadores y / o otros profesionales de la salud. Atestiguo que he respondido este historial dental / médico según mi leal saber y entender y he revelado el historial completo de salud de mi hijo en este documento.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ la fecha de hoy: _____

Firma del dentista: _____ la fecha de hoy: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad en lo que respecta a mi información de salud protegida.

Estos derechos me son otorgados bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA).

Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento).
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros).
- Las operaciones diarias de atención médica de su práctica. También se me ha informado y se me ha otorgado el derecho a revisar y obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPPA. Entiendo que usted se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y puedo contactarlo en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no se requiere que usted acepte estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrió antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se verá afectado.

Fecha de firma: ____/____/____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Firma del padre/tutor legal: _____

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____

Pediatric Dental Associates of Salem
2020 Commercial Street SE
Salem, Oregon 97302
Phone: 503-364-7545



Opciones de Pago

Con el fin de hacer el pago de los servicios lo más conveniente posible, al mismo tiempo que mantenemos las operaciones de nuestra oficina en el más alto nivel de atención integral, ofrecemos tres opciones de pago diferentes (ver más abajo). Haremos nuestro mejor esfuerzo para brindarle una estimación precisa de sus honorarios totales al comienzo del tratamiento de su hijo, sin embargo, en algunos casos, el tratamiento requerido será más o menos costoso de lo que se cotizó originalmente. Todas las estimaciones se basan en la información del seguro proporcionada por el padre / tutor, y la cobertura estimada no es una garantía de pago por parte de su proveedor de seguros.

Opciones de Pago

1. Pago completo:

Se espera el pago de su parte estimada del paciente en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, Mastercard, Discover, American Express y Care Credit. Se acreditará un descuento del 10% para todas las cuentas que no tienen seguro dental.

2. Pagos en cuotas / Plan de pagos:

Nuestra oficina entiende que el costo del tratamiento dental a veces puede ser inesperado. Para ayudar a aliviar cualquier carga financiera, ofrecemos planes de pago en la oficina. Cada plan se personaliza en función del costo del tratamiento de su hijo y la cantidad de meses que le gustaría pagar. No hay intereses ni tarifas por cancelación anticipada si desea pagar su cuenta antes. Se le pedirá que mantenga una tarjeta de débito o crédito en archivo para pagos mensuales automáticos. Si la cuenta se vuelve morosa debido a tres (3) pagos perdidos, nuestra oficina se reserva el derecho de transferir la cuenta a una agencia de cobro externa. Para obtener información adicional sobre esta opción de pago, consulte con un miembro del personal de la recepción.

3. Asignaciones de seguros:

Con mucho gusto presentaremos reclamos de seguros y aceptaremos la asignación de beneficios en lugar del pago en el momento del servicio. Todavía será responsable de cualquier servicio no cubierto, coaseguros o copagos en el momento en que se presten los servicios. Los pagos de seguros se determinan por su compañía de seguros en el momento en que reciben el reclamo dental en función de su horario de tarifas "habitual y habitual". El horario de tarifas de su compañía de seguros puede no estar alineado con los cargos de nuestras oficinas. Puede ser responsable de la diferencia en estos montos. Usted es financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por su seguro.

Políticas / Información de pago adicional:

- **Citas perdidas:** Para servir mejor a nuestros pacientes, solicitamos amablemente que se mantengan las citas programadas o se nos notifique con 24 horas de anticipación la cancelación de una cita. Entendemos que pueden ocurrir emergencias y que no siempre es posible llamar antes de faltar a una cita. Si se pierden dos (2) citas en un período de seis (6) meses, será responsable de una tarifa de \$30.00 por cita perdida (por cada cita perdida).
- **Descuento para personal militar / de respuesta de emergencia:** Para honrar a aquellos que sirven, se aplicará un descuento del 15% a cualquier costo de bolsillo incurrido en nuestra oficina

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: ____/____/____