



# Registro De Pacientes

Fecha De \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_  
Primera Media Última

Dirección De Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ (opcional) Hombre \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_\_

Médico De Cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Última visita \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Tutor Legal \_\_\_\_\_ Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E- Mail \_\_\_\_\_

Seguro Dental: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_  
(Propósitos recordatorio de la cita)

Persona Responsable de Cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Seguridad Social # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Quién podemos agradeceremos refiriéndose a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Última visita dental \_\_\_\_\_

## Historia Médica

**¿Cuáles son sus preocupaciones?** *Círculo tantos como aplicable*

- |                      |                       |                              |
|----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Evitación de Dolor   | Perder los Dientes    | Hábito de Succión del Pulgar |
| Cavidades            | Chequeo Rutinario     | Nutrition/Diet Counseling    |
| Apariencia Cosmética | Lesiones Accidentales | Other _____                  |

**Marque Sí o NO a las Siguietes Preguntas:**

- |  |                          | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Es su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico? ¿Qué condición? _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su niño a cepillarse diariamente?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene su hijo use hilo dental diariamente?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene a su niño tome suplementos de fluoruro?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido alguna vez su hijo sangrado anormal después de un corte o una extracción?.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se ha tenido su hijo anestesia (local o general)?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene su historia infantil de succión del pulgar, dedo chupar, uso de chupete o clavo mordiendo?.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Es el niño alérgico a <b>Penicilinas, Novocaina</b> o cualquier otro medicamento? Si es así, ¿qué? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Es su hijo alérgico a algo que no sea la medicina? (por ejemplo látex o metales). Si es así, ¿qué? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Fue tu pecho infantil? Las dificultades, explica _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Fue su botella de niño alimentado? Las dificultades, explica _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¿El paciente tiene o ha tenido?:** *Marque cada uno que aplique*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Anemia, leucemia o plaquetas bajas<br><input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones<br><input type="checkbox"/> Asma o fiebre del heno<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Problemas de riñón<br><input type="checkbox"/> Problemas de hígado o ictericia<br><input type="checkbox"/> problemas de tiroides o bocio<br><input type="checkbox"/> La sinusitis crónica<br><input type="checkbox"/> desmayos o mareos<br><input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Autismo/PDD<br><input type="checkbox"/> El Sida VIH<br><input type="checkbox"/> Carrera<br><input type="checkbox"/> Úlcera de estómago<br><input type="checkbox"/> Soplo cardiaco<br><input type="checkbox"/> Huesos/ Articulaciones artificiales<br><input type="checkbox"/> Hepatitis<br><input type="checkbox"/> Eccema o urticaria<br><input type="checkbox"/> El Tratamiento Psiquiatrico<br><input type="checkbox"/> Varicela<br><input type="checkbox"/> Síndrome de Down<br><input type="checkbox"/> Deficiencias Auditivas<br><input type="checkbox"/> Silencio |
|--|---|

**Está tomando el paciente:**

- Antibióticos
- La Insulina
- Inhalador or Nebulizador

El niño ha estado alguna vez bajo el cuidado de un médico por alguna enfermedad grave o lesión distinta de las señaladas u hospitalizado? Si es así, la lista

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## En Cuanto A Seguro Dental

Eres afortunado de tener un seguro dental, si usted ha comprado o su empleador ha proporcionado por usted. Aunque su seguro dental es su responsabilidad podemos ayudar! Vamos a hacer un esfuerzo adicional para ayudar a maximizar sus beneficios. Como cortesía, le ayudaremos mediante la presentación de los formularios de seguros, lo que le ahorrará mucho tiempo y problemas. Aceptamos pagos de la mayoría de las compañías de seguros, lo que reduce su gasto inmediato fuera de su propio bolsillo. **El seguro es un método de pago no es un método de tratamiento.** Independientemente de lo que podemos calcular su compañía de seguros a pagar, es sólo una estimación. Nuestra estimación se basa en información limitada obtenida de su compañía de seguros. Usted debe entender, no podemos predecir lo que van a pagar.

**Debemos destacar que son responsables de la tarifa total del tratamiento. Su seguro dental no tiene que pagar todo el costo de su tratamiento, sino que está destinada a ayudar a cubrir una cierta porción del costo. Un término mejor para el seguro dental puede ser "la asistencia dental".**

*Por favor, recuerde, sin embargo, la obligación financiera para tratamiento dental es entre usted y esta oficina, y no está entre esta oficina y su compañía de seguros.*

A menudo nos lleva una cantidad considerable de tiempo para tratar de recoger el pago del seguro para usted. Muchas veces necesitamos tu ayuda para hablar sobre su situación directamente con su seguro. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales amueblados son cargados directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguros pacientes o ayudar en la toma de las colecciones de las compañías de seguros y acreditará dichas colecciones a la cuenta del paciente. Sin embargo, no podemos prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros. Además, esta forma también autoriza esta práctica de presentar formularios de reclamaciones de seguros y recibir pagos directamente a la compañía de seguros con la "FIRMA EN ARCHIVO" NOTACIÓN".

### Acuerdo Financiero

Si una cuenta pendiente por más de sesenta (60) días, un cargo por servicio mensual de 1.5% puede ser añadido a la balanza. Si la cuenta no se borra en el tiempo especificado, la cuenta será entregado a nuestro servicio de recogida con cargo adicional de 25% hacia el balance pendiente y un informe se puede presentar con una agencia de servicio de crédito, tales como Equifax. **Seguros copagos y deducibles son debidos en el momento del servicio.**

### Entiendo que el pago es debido al tiempo de servicio

Firma del Paciente o Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Consentimiento

Por la presente autorizo y dirijo los dentistas de Bright Starr Odontología Pediátrica y / o auxiliares de odontología de su elección:

Sí No

- Para llevar a cabo sobre mi hijo (o pupilo) tratamiento que es necesario ni se recomienda, después de la revisión del plan de tratamiento
- Para liberar los registros de tratamiento / radiografías o cualquier otra información que se considere pertinente a mi compañía de seguros cuando sea necesario y / o solicitados
- A mí por teléfono en el hogar, el trabajo o un mensaje de texto a mi celular o mensajes de correo electrónico, para discutir asuntos relacionados con este formulario o tratamiento de mi hijo
- Yo traigo todos los futuros cambios en la historia médica de mi hijo a la atención del médico. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo.
- El derecho a tomar fotografías de mi hijo y de utilizar y publicar la misma en forma impresa y / o electrónica (post en Facebook o con fines didácticos)
- Información sobre mi factura o cuentas por pagar a petición, con el paciente / tutor legal
- Radiografías digitales, referencias y / u órdenes de un especialista dental sobre el tratamiento

He leído y entendido lo anterior y reconozco que se me ha dado u ofrecido una copia de las oficinas de "Aviso de prácticas de privacidad".

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Patient/Legal Guardian Name Printed

\_\_\_\_\_  
Childs Name



## Políticas de oficina

### Roto, cancelación cita

Su tiempo es tan valioso como el nuestro. Hacemos todo lo posible para verte a la hora reservada. Pedimos disculpas por adelantado si no se ven exactamente a la hora programada; por favor, comprenda que tratamos de trabajo-en urgencias dentales.

Como una cortesía que intente confirmar cada cita, sin embargo, como el paciente que es responsables de mantener con su hora reservada y todavía están sujetos a la cancelación y pago cita rota debe no llegas a la cita. Por favor infórmenos si cualquier información de contacto o dirección debe ser actualizada. **La Oficina deberá notificarse dentro de horas 48 negocios si desea realizar cambios en tu cita.**

### Programación de tratamiento extenso

Pacientes deben hacer un depósito de \$50 antes/durante la cita para todos los tratamientos que no sean de rutina de limpieza dental. Esta tarifa se aplicará hacia su tratamiento honorarios/balance después del tratamiento. Debe perderse su cita sin cancelación 48 horas antes; se perderá su depósito.

### Privilegio de una cita de sábado

En Bright Starr odontopediatría, comprendemos lo difícil que puede ser para que los padres y sus hijos encontrar tiempo para programación de citas dentales. Después de las actividades escolares, equipos deportivos, trabajan, obligaciones familiares y sociales todos requieren tiempo de horarios llenos. Nuestra programación flexible es parte de nuestra dedicación a servir a nuestros pacientes y sus familias. Queremos que reciba la atención dental pediátrica las necesidades de su hijo, cuando lo necesite. Entendemos que ocurra enfermedad, emergencias, pinchazos y el mal tiempo. Le pedimos a nuestros pacientes para darnos aviso de 48 horas siempre que sea posible, si no se mantienen una cita. Esto nos permite tiempo para completar nuestra programación con otros pacientes que pueden esperar.

#### **Falta de 48 horas de antelación:**

- No hay citas de privilegio de una cita de sábado para futuras citas, hasta 3 consecutivos terminada

#### **Definición de "roto": una cita rota es cuando usted**

- Cancelar o reprogramar una cita con menos de 48 horas de anticipación
- No se presenta para la cita

**Nos esforzamos por mantener limpia nuestra oficina. Por favor tienen nuestros pacientes estrellas limpiar después de ellos mismos en el área de juego.**

Han analizado, entiende y acepta cumplir con las anteriores políticas de oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal o paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o Tutor Legal impreso

\_\_\_\_\_  
nombre de niño