

Historia Dental

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Algún familiar cercano ha tenido algún problema grave mientras se sometía a cirugía bajo anestesia? Si No

¿El paciente está bajo el cuidado de un médico? Si No

Nombre del médico. _____ Teléfono _____

¿El paciente está tomando medicamentos? Si No

Nombre de medicamentos _____

Historia Médica

¿Tiene el niño/niña historia alguna de los siguientes?

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Alergia a Penicilina / Amoxicilina	☐	☐	Conjunto artificial	☐	☐	Escarlatina
☐	☐	Tratamiento de radiación	☐	☐	Diabetis	☐	☐	Enfermedad sanguínea
☐	☐	Sangrado excesivo cuando se corta	☐	☐	Problemas de riñones	☐	☐	Emfisema
☐	☐	Alergia a pegamento o látex	☐	☐	Problemas del hígado	☐	☐	Epilepsia o convulsiones
☐	☐	Problema en el corazón	☐	☐	Dependencia de alguna drogas	☐	☐	Desmayo o mareos
☐	☐	Esternalgia (dolor de pecho)	☐	☐	Hepatitis A, B o C	☐	☐	Tos
☐	☐	Presión alta	☐	☐	Transfusión de sangre	☐	☐	Fuegos/ampollas/lagas
☐	☐	Soplo en corazón	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Alergias o ronchas
☐	☐	Lesión congénita del corazón	☐	☐	Leucemia	☐	☐	Artritis
☐	☐	Válvula cardíaca artificial	☐	☐	Tratamiento psiquiátrico/problema emocional	☐	☐	Reumatismo
☐	☐	Marcapasos del corazón	☐	☐	Nerviosismo extreme/temor	☐	☐	Glaucoma
☐	☐	Derrame cerebral	☐	☐	Desabilitacion física	☐	☐	Dolor en la quijada
☐	☐	Cirugía de corazón / cirujano _____	☐	☐	Atraso mental	☐	☐	Sinusitis
☐	☐	Anemia o problemas sanguíneas	☐	☐	Enfermedad mental	☐	☐	Desorden de tiroides
☐	☐	Asma	☐	☐	Desorden inmunológicos (SIDA, HIV, ARC)	☐	☐	Desorden de ojos
☐	☐	Alergia a otras medicinas _____	☐	☐	Enfermedad venérea	☐	☐	Amigdalitis
☐	☐	Alergia a anestésicos _____	☐	☐	Herpes genital	☐	☐	Úlcera o colitis
☐	☐	Fiebre del heno	☐	☐	Fiebre amarilla	☐	☐	Tuberculosis
☐	☐	Cortisona	☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐	Asquea con facilidad
☐	☐	Autístico	☐	☐	Alergia tintes rojos	☐	☐	ADHD /ADD
☐	☐	Parálisis cerebral	☐	☐	Atrasado en vacunas	☐	☐	Cualquier otro problema medico

Que yo sepa, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud o si mis medicamentos cambian, sin falta informaré al médico en mi próxima cita.

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____ Firma del DDS: _____ Fecha: _____



KIDS DENTAL GROUP

Wiley M. Elick, D.D.S., Inc.
833 Greenfield Ave. Ste 105
Hanford, CA 93230
(559)582-3460

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad relacionados con la información protegida de mi salud. Estos derechos me son conferidos bajo el Acto de Portabilidad Responsabilidad de Asegurancia de Salud de 1996 (HIPAA). Yo entiendo que al firmar esta forma de consentimiento, yo los autorizo a obtener, a usar y revelar la información protegida de mi salud para los siguientes propósitos:

1. Para tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto de parte de otros proveedores de servicios para mi salud envueltos/relacionados con mi tratamiento).
2. Para obtener pagos de un tercer partido (por ejemplo, mi compañía de aseguranza).
3. Las operaciones diarias de su practica relacionadas con mi salud.

También he sido informado y dado el derecho de repasar y asegurar un acopia de su Nota de Practicas Privadas, la cual contiene una descripción mas completa de los usos y descubrimientos de la información protegida de mi salud, y mis derechos bajo el HIPAA. Yo entiendo que ustedes reservan el derecho de cambiar los términos de esta nota ocasionalmente y que yo puedo contactarlos en cualquier momento para obtener una copia mas reciente de esta nota.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar ciertas restricciones en cuanto a como es utilizada la información protegida de mi salud para llevar a cabo tratamientos, pagos y procedimientos relacionados con el cuidado de mi salud, pero que ustedes no están requeridos a concordar con las restricciones, entonces están obligados a cumplir con ellas.

Yo entiendo que yo puedo revocar consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o descubrimiento que ha ocurrido antes de la fecha de m revocación del consentimiento no es afectada.

Firmado en el día: _____ de _____, 20_____.

Escribir el Nombre del Paciente: _____

Relación del Paciente: _____

firma: _____

KIDS DENTAL GROUP

ESTIMADO PACIENTE,

Iniciales del padre/tutor

_____ Nosotros nos esforzamos para brindarles un excelente cuidado dental hacia usted, su familia y todos nuestros pacientes. en orden para hacer esto eficientemente y eficazmente, hemos creado un sistema de citas que aparta el tiempo suficiente para cada uno de nuestros pacientes.

“No-Shows”, y cancelaciones de último minuto interviene con la inconveniencia hacia otros pacientes para obtener cuidado dental en manera de tiempo. en un esfuerzo para reducir este tipo de situaciones, hemos decidido implementar una regla de cancelaciones de cita, que será efectiva inmediatamente.

nuestra nueva regla es la siguiente:

1. Requerimos que usted nos informe por lo menos 24 horas antes de su cita para cambiar de fecha, cancelar y confirmar cualquier cita. nuestro número de teléfono es (559)582-3460.
2. Si usted pierde una cita y no contacta la oficina con 24 horas antes de dicha cita, será considerada una cita perdida y un cargo de \$75.00 por no presentarse será puesto en su cuenta, por persona, por cita. Esto aplica ah cancelaciones de último minuto y “no-shows”.
3. Nuestra oficina hace llamadas para recordarles de su cita. si usted está registrado/a, en nuestro portal de paciente usted recibirá un correo electrónico como recordatorio.

Esta tarifa se le facturará directamente y no está cubierta por su seguro. Debe pagar el saldo antes de su próxima cita. Si no tiene cita programada, se espera que pague el saldo puntualmente; de lo contrario, estará sujeto a cobros.

Le agradecemos por confiar en Kids Dental Group para su cuidado dental

Iniciales del padre/tutor

_____ **Permiso de contacto por celular**

☐ por medio de este medio doy permiso ala practica dental de usar mi número para (seleccione uno o los dos) ☐ llamada o ☐ mensaje de texto acerca de citas y llamadas relacionas para tratamiento, aseguranza, y mi cuenta con la oficina. Yo entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Mi número(s)de celular es (incluir código de área):

() _____ y () _____

Iniciales del padre/tutor

_____ **Entrega del Estado de Cuenta:** Doy mi consentimiento para que mis estados de cuenta se envíen por: (Marque todas las opciones que correspondan)

Correo postal Mensaje de texto Correo electrónico

He leído y comprendido las políticas anteriores y acepto sus términos.

Firma

Fecha

Nombre impreso

Relación con el paciente

Coordinación de Beneficios de Seguros

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cada compañía de seguros dental o plan de beneficios dentales tiene una política para coordinar el pago de la atención dental cuando un paciente tiene cobertura con más de una compañía de seguros. Las siguientes preguntas ayudarán a su dentista a determinar su aseguradora principal.

- ¿Está cubierto por más de una aseguradora o plan dental? Sí ____ o No: ____
- En caso afirmativo, indique las empresas que le cubren: _____

Si está cubierto por más de una aseguradora o plan dental:

- ¿Qué cobertura es primaria (es decir, el plan que lo cubre además de como dependiente)?

- Si tiene dos planes de beneficios dentales que son primarios (es decir, ambos lo cubren como titular de la póliza principal), ¿cuál plan lo ha cubierto por más tiempo?

Si el paciente es un hijo dependiente cubierto por los planes de seguro de ambos padres, indique la fecha de nacimiento de cada padre.

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento (mes/día): _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento (mes/día): _____

Nota: Las aseguradoras dentales consideran que el plan de beneficios del padre con fecha de nacimiento anterior en el año calendario es el asegurador principal de los niños que están cubiertos por los planes de beneficios de ambos padres.

- Si el paciente es un hijo dependiente de padres separados o divorciados, ¿qué padre, si alguno, tiene la custodia del niño? Nombre del padre: _____ %: _____

Nota: La cobertura para el niño proporcionada bajo el plan dental del padre con custodia se considerará primaria.

- ¿Se ha vuelto a casar el padre con custodia? Si ____ o No ____
 - ¿Residencia principal del niño o niños? Nombre del padre _____ % _____
Nombre del Padre _____ % _____

En caso afirmativo, la cobertura dental de ese padre será primaria; luego viene la cobertura dental del padrastro. Finalmente, la cobertura dental del otro padre es la última, siempre que el niño esté cubierto por el plan dental del padrastro y del otro padre.

- Si los padres del menor están divorciados, ¿existe una orden judicial que indique qué padre tiene la responsabilidad financiera del niño, independientemente de quién tenga la custodia? Sí ____ o No _____. En caso afirmativo, ¿cuál padre? _____

¿Tiene el paciente cobertura bajo su empleador actual y a través de un empleador anterior (por ejemplo, un empleado despedido o un empleado jubilado)? Sí ____ o No ____

Nota: La cobertura a través del empleador actual de un paciente es primaria a la cobertura a través de un empleador anterior.

Firma _____ Fecha: _____

KIDS DENTAL GROUP

Wiley M. Elick, D.D.S., Inc.

Consentimiento del padre / guardian legal para el tratamiento dental

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del padre / guardian legal

Numero de Telefono

Información del cuidador autorizado

Nombre del cuidador

Numero de Telefono de Casa

Numero de Celular

El cuidador nombrado arriba esta autorizado para dar su consentimiento para todo tratamiento dental y anestesia oral, para el / los niño (s) arriba mencionado (s), que pueden ser necesarios durante mi ausencia. Estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios proporcionados a mi (s) hijo (s) que el cuidador autorizó.

Si las circunstancias lo permiten y / o si Kids Dental Group necesita contactarme, comuníquese conmigo al siguiente número de teléfono: _____

Este consentimiento sirve como permiso para el tratamiento por parte de Kids Dental Group para los niños mencionados anteriormente.

La autorización será efectiva hasta:

_____: Un (1) año desde la fecha de la firma.

O

Hasta _____ (liste, mes, día, año)

Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha indicada anteriormente, a menos que revoque esta autorización por escrito y la envíe a Kids Dental Group antes de esta fecha.

Firma

Padre / Guardian Legal (Círculo Uno)

Fecha

Testigo

Fecha