

Rohini Bajaj, D.D.S.

Reconocimiento de Recibo
del Aviso de Prácticas de Privacidad

He recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad. Si soy un menor no acompañado por un padre o tutor, yo acepto este aviso y proporciono a mi padre o tutor.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

El paciente se le ofreció una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Se hizo un intento de obtener una firma en este Reconocimiento de recibo de la Notificación. Por favor, explique si no se obtuvo la firma.

- ◇ El Padre/Tutor negó firmar la Notificación.
 - ◇ El Padre/Tutor dijo que se recibió una copia previamente antes del tratamiento de los hermanos.
 - ◇ Comunicaciones o Barrera del Idioma
 - ◇ Situación de emergencia
 - ◇ Otros (especifique a continuación)
-
-

Recibido por: _____

Miembro del Equipo

Fecha: _____

HISTORIA DENTAL

Fecha de última visita al dentista: _____

Qué servicio: _____

Nino se ha quejado de problemas de la boca? _____

A tenido experiencias in-felices? _____

A tenido lesiones a la boca, dientes, o cabeza? _____

Tiene su hijo/a hábitos bucales (Chupándose los dedos, morderse las ungas, respirar por la boca, un chupete, durmiéndose con la tetera en boca)? _____

Su hijo/a sufre de hábitos lingüísticos inusuales? _____

HISTORIA DE LA SALUD

Medico de su hijo/a? _____

Núm. de teléfono? _____

Esta su hijo/a bajo el cuidado de algún medico? _____

Está recibiendo su hijo/a medicamentos o drogas? _____

Sangra en excesivo cuando se corta? _____

Ha sido hospitalizado su hijo/a? _____

Cualquier pérdida de los dientes de leche? _____

Se han sido reemplazados los dientes perdidos? _____

Se han usado aparatos de ortodoncia? _____

Su hijo/a ser cepilla sus dientes diarios? _____

Con que frecuencia? _____

La actitud de su hijo/a sobre odontología? _____

Usted como padre, desea servicios dentales completos para su hijo/a? _____

Alguna vez ha tenido cirugía su hijo/a? _____

Su hijo/a tiene algún tipo de alergia a medicamentos como penicilina? _____

Tiene otras alergias alimentarias (polen, animales, polvo, otros)? _____

Tiene su hijo/a problemas emocionales? _____

A tenido enfermedades infantiles? _____

SU HIJO/A TIENE ALGUN ANTECEDENTE O DIFICULTAD CON CUALQUIERA DE LOS SIGIENTES?

MARCA CADA CASILLA SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y DEJAR EN BLANCO SI "NO"

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> SINUSITIS CRONICA |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESION SANGUINIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RENALES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL OIDO |
| <input type="checkbox"/> BAJA PRESIO SANGUINIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS NERVIOSOS | <input type="checkbox"/> ANEMIA |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> ADENOIDES |
| <input type="checkbox"/> FIEBREA REUMATICA | <input type="checkbox"/> SANGRADO EXCESIVO | <input type="checkbox"/> ANGINAS RETIRADAS |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> PARALISIS CEREBRAL | <input type="checkbox"/> ASMA |
| <input type="checkbox"/> DIABETIS | <input type="checkbox"/> ESCARLATINA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENEREAS / |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE RADIACION | <input type="checkbox"/> NEOPLACIAS | <input type="checkbox"/> HERPES |
| | | <input type="checkbox"/> AIDS |

Por favor describa cualquier tratamiento médico actual incluidos los medicamentos, la cirugía pendiente, lesiones recientes o cualquier otra información que debemos ser conscientes de que no hemos discutido.

¿Podemos pedir la liberación de los registros médicos de su hijo para nuestra referencia? _____

Información de contacto de emergencia: Nombre del pariente más cercano: _____

Numero de Teléfono: _____

Entiendo que las cancelaciones requieren 24 hrs. Notificación o un cargo de \$ 25 se aplicará. Doy mi consentimiento para procedimientos dentales y anestésicos que sean necesarios para el tratamiento del paciente nombrado arriba. También estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de todo tratamiento prestado.

Queda entendido y acordado por mí que voy a pagar todos los honorarios de abogados y otros gastos necesarios para el cobro de cualquier cantidad no pagada por mí a su vencimiento

* Se entiende que el padre que acompaña al paciente es responsable de pago en el momento del tratamiento. INICIALES ** _____

FIRMA (debe ser firmado antes de que se hace el tratamiento). _____

USO DE LA OFICINA: Update initial and date. _____

REGISTRO DEL NIÑO E HISTORIA

TODOS LOS ESPACIOS VACIOS DEBEN SER COMPLETADOS

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ H __ M __

Dirección: _____ Núm. De Aparta: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. De Casa: _____

Su niño ha visto un dentista antes? _____ En caso el caso que si, cuando, donde, y hubo alguna experiencia desfavorable? _____

Como se entero de nuestra oficina? _____

INFORMACION FAMILIAR

Nombre de Mama: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: C __ S __

Dirección: _____ # De Aparta: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. De Domicilio: _____ Núm. De Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Núm. De Seguro Social: _____ Empleador: _____

Dirección De Empleador: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. De Negocio: _____ Núm. De Licencia: _____

Nombre de Mama: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: C __ S __

Dirección: _____ # De Aparta: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. De Domicilio: _____ Núm. De Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Núm. De Seguro Social: _____ Empleador: _____

Dirección De Empleador: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. De Negocio: _____ Núm. De Licencia: _____

Información Del Seguro

Nombre del Seguro: _____ Dirección Postal de Reclamación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. De Negocio: _____

Numero Identificación de Empleado: _____ Número del Grupo: _____

Nombre del Seguro: _____ Dirección Postal de Reclamación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Núm. De Negocio: _____

Numero Identificación de Empleado: _____ Número del Grupo: _____

PÓLIZA DE SEGURO

Gracias por elegir *Dentistry 4 Children* como el proveedor de su familia. Estamos comprometidos a ofrecerles excelentes experiencias a nuestros pacientes. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted tenga una comprensión de sus beneficios de seguro y nuestra política financiera.

PACIENTES DEBEN LEER Y FIRMAR ESTE FORMULARIO ANTES DE RECIBIR SERVICIOS

- Debemos enfatizar que, como su proveedor de servicios dentales, nuestra relación es con usted, el paciente, y **NO** su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros y, posiblemente, su empleador. Es su responsabilidad conocer y entender los servicios de nivel cubiertos por su compañía de seguros.
- Podemos aceptar asignación del seguro después de la verificación de su cobertura. Tenga en cuenta que algunos de o quizás todos los servicios prestados no podrá ser cubierto en su totalidad por su compañía de seguros. **USTED** es financieramente responsable por los servicios no cubiertos por su seguro.
- Una vez que verifiquemos su cobertura de seguro, estaremos recolectando los copagos, deducibles o co-seguro en el momento se prestan los servicios.
- Cualquiera de los servicios prestados se pueden aplicar a su deducible y o no pueden ser cubiertos. **Si no está seguro acerca de su cobertura de seguro, por favor pregunte por lo que le podemos informar si la información recibida de su compañía de seguros en el momento de la verificación.**
- **El fracaso para mantener su cuenta corriente de la balanza nos puede requerir para cancelar o reprogramar sus citas.**

El pago total se debe en el momento de los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta política.

La Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Padre/Tutor

Fecha

Poliza de Cancelacion

Nuestra política de la oficina actual dice que las cancelaciones requieren un aviso de 24 horas, o un cargo de \$ 25.00 se aplicará. Una cita rota se produce por un paciente o bien no se muestra por el momento confirmado o no se le dio un aviso de 24 horas. Hemos sido muy indulgentes con esta regla en el pasado y hemos permitido 3 citas rotas antes de aplicar una carga. Debido a la cantidad de citas perdidas que hemos tenido en los últimos meses que vamos a tener que reforzar nuestras políticas cancelación. Porque sabemos las circunstancias y las enfermedades surgen que están fuera de nuestro control nos permitiremos 1 cita roto antes de incurrir en un cargo. Una vez que la segunda cita se rompe, habrá un cargo de \$ 25.00 que será muy forzado. También después de las citas de la escuela son las citas principales. Así que si usted tiene citas programadas en este momento y ha roto más de una; vamos a tener que limitar a cualquier futura cita primos. Nuestra oficina trata todas las vías para informarle de las citas programadas; haciendo lo que siempre enviamos una tarjeta de recordatorio un mes antes de una cita de recuerdo y también llamamos el día antes como un recordatorio para todas las citas. Si se llega a un contestador automático vamos a dejar un mensaje y considerar esto una cita confirmada. si usted tiene otro número, además de su número de la casa que nos daría una mejor confirmación por favor háganoslo saber. Esta política se iniciará de manera inmediata. Pedimos disculpas por cualquier inconveniente que esto pueda causar.

Nombre del Paciente

Fecha

La Firma del Paciente

Fecha