



PATIENT INFORMATION — CHILD

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_
Quien acompaño el niño hoy? \_\_\_\_\_

Informacion de Madre O Guardian

[ ] Madre [ ] Madrastra [ ] Guardian

Nombre \_\_\_\_\_
Telefono (domicilio) \_\_\_\_\_ Telefono (trabajo) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_
Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de Madre \_\_\_\_\_
Condicion Matrimonial [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Separado [ ] Divorciado [ ] Viudo

Informacion de Padre O Guardian

[ ] Padre [ ] Padrastra [ ] Guardian

Nombre \_\_\_\_\_
Telefono (domicilio) \_\_\_\_\_ Telefono (trabajo) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_
Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de Padre \_\_\_\_\_
Condicion Matrimonial [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Separado [ ] Divorciado [ ] Viudo

Como sabe acerca de esta clinica? \_\_\_\_\_

Seguro primario

Nombre del asegurado/a \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_
Empleador \_\_\_\_\_ # Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_
Compania de Seguro \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ # de identificacion del seguro \_\_\_\_\_

Seguro adicional

Nombre del asegurado/a \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_
Empleador \_\_\_\_\_ # Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_
Compania de Seguro \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ # de identificacion del seguro \_\_\_\_\_

Arreglos Financieros:

Para su conveniencia ofrecemos los siguientes metodos de pago. Se espera pagos enteros en cada cita.

Preferencia de pago: [ ] Efectivo [ ] Cheque personal Trajeta de credito: [ ] VISA [ ] MasterCard [ ] American Express [ ] Discover [ ] Care Credit

Acuerdo Financiero:

- 1. Se espera el pago al momento del tratamiento.
2. Pacientes con seguro se espera pagar sus deducibles y co-payment por ciento al momento del tratamiento.
3. Si no se pagara a tiempo se le cobrara un 1.75 % al mes (21% anual) en el resto no pagado. Usted podria pagar un cobro de abogado al momento del procedimiento de la oficina de colecciones. El cargo minimo mensual es \$3.00. Un \$15.00 sera cobrado al retorno de cada cheque.

Libertamiento del Seguro:

Entiendo y convengo que las polizas de seguro dental son un acuerdo entre un portador de seguro y mismo. Ademas, yo entiendo que esta oficina preparara cualesquiera informes y formas necesarios para asistirme en la fabricacion de la coleccion de la compania de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagado directamente a esta oficina sera acreditado a mi cuenta sobre recibo. La oficina del Dr. Young solamente estima el co-pago del seguro. Entiendo y convengo claramente que todos los servicios rendidos estan cargados directamente a mi y que yo soy personalmente responsable del pago. Tambien asumo que el responsabilidad a informar a la oficina de Dr. Young acerca de los beneficios que se pudieron haber pagado a otra oficina durante el ano del plan de modo que los maximos anuales puedan ser determinando. Yo autorizo por este medio el libertamiento de cualquier informacion, etc. a mi compania de seguros o las companias o cualquier otra agencia necesaria para la coleccion de este cuenta. Esta libertamiento es solamente con el fin de facilitar la facturacion y reembolso directamente al doctor de los beneficios de seguros. Este autorizacion es eficaz para el presente y todas las demandas de seguro en el futuro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA/DENTAL (CONFIDENCIAL)**

<b>Informacion de salud: Por favor indique:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>NO</b>
¿Esta el niño saludable? . . . . .	_____	_____	¿Tuberculosis? . . . . .	_____
¿Tiene el niño dolor ahora? . . . . .	_____	_____	¿Tratamiento de radiación? . . . . .	_____
¿Esta niño bajo el cuidado de un médico? . . . . .	_____	_____	¿Presión sanguínea anormal? . . . . .	_____
Ha tenido alguna vez:			¿Hepatitis? . . . . .	_____
¿Condición del corazón anormal? . . . . .	_____	_____	¿Transfusión de sangre? (Ponga la fecha) . . . . .	_____
¿Valvula artificial? . . . . .	_____	_____	¿Enfermedad venérea? . . . . .	_____
¿Fiebre reumática? . . . . .	_____	_____	¿SIDA VIH positivo? . . . . .	_____
¿Usado fen-phen? . . . . .	_____	_____	¿Alergias? (Especifique) . . . . .	_____
¿Diabetes? . . . . .	_____	_____	¿Dolor de mandíbula? . . . . .	_____
¿Sangramiento anormal? . . . . .	_____	_____	¿Mujeres, esta usted embarazada? . . . . .	_____
¿Enplante artificial? . . . . .	_____	_____	¿Esta tomando Fen-phen? . . . . .	_____
¿Reacción inusual a drogas o anestésico? . . . . .	_____	_____	¿Hay alguna otra información acerca de usted que debemos saber? . . . . .	_____
¿Contraceptivos orales? . . . . .	_____	_____		

(Antibióticos hacen que contraceptivos orales se hacen ineficaz)

Certifico que las respuestas a las preguntas de salud estan exactas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Puesto a que un cambio de la condición médica o de medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia de esto, y acuerdo de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita subsiguiente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo autorizo a Dr. Young al igual que a sus asociados o asistentes a que el puede designar para realizar esos procedimientos como se puede juzgar necesario o recomendable para mantener mi salud dental o la salud dental del menor de edad u otro individuo por lo cual soy responsable, incluyendo al arreglo y la administración de cualquier sedativo incluyendo el (óxido nítrico) analgésicos, terapéuticos, y/o el otro agente farmacéutico, incluyendo e los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos.

Entiendo que la administración del anestésico local puede causar una reacción inconveniente de los efectos secundarios, que pueden incluir, y no ser limitado a la contusión, hematoma, estímulo cardíaco, entumecimiento temporalmente o raramente, permanente, y dolor del músculo. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir recuperación quirúrgica.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y la odontología básica, incluyendo los rellenos de todos los tipos, los dientes pueden seguir siendo sensibles o aun posiblemente absolutamente dolorosos, durante y después de la terminación del tratamiento. Las encías y los tejidos finos circundantes puede también ser sensible o doloroso durante y después del tratamiento.

Asumo voluntariamente cualesquiera y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo del daño substancial y serio, si lo hay, que se puede asociar a procedimientos preventivos y operativos generales del tratamiento en esperanzas de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no pueden ser alcanzados, para mi ventaja o para la ventaja de mi niño o sala de menor importancia. Yo reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos precedentes se han explicado a mi en caso de necesidad y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

**AUTORIZACION Y LIBERTAMIENTO:**

Autorizo al dentista a liberar cualquier información incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examinación rendida a mi durante el periodo de tal cuidado dental a los pagadores de los terceros y/o a otros médicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista los beneficios dentales del seguro de otra manera pagables a mi. Yo entiendo que mi portador de seguro dental puede pagar menos que la cuenta real de servicios. Acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios rendidos en mi favor o a favor de los dependientes. Certifico que he contestado todas las preguntas sobre ambos lados de esta forma exactamente y al mejor de mi conocimiento. Sigo por este medio las condiciones contorneadas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_