

Nombre del Paciente <small>ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL</small>		Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		<small>CIUDAD</small>	<small>ESTADO</small>
Teléfono <small>Casa Trabajo</small>		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? .....  Sí  No  
 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre?

**Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.**

**Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?**

- |  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Cáncer             | <input type="checkbox"/> Desmayos                     | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas) | <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia)               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento | <input type="checkbox"/> Riñones                  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                      | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Varicela           | <input type="checkbox"/> Oído                         | <input type="checkbox"/> Alergia al látex         | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos                   | <input type="checkbox"/> Otras _____           |
| <input type="checkbox"/> Vejiga                    | <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica  | <input type="checkbox"/> Corazón                      | <input type="checkbox"/> Hígado                   | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis) |  |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas | <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    | <input type="checkbox"/> Sarampión                | <input type="checkbox"/> Mononucleosis                         | <input type="checkbox"/> Tiroides              |
| <input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones     | <input type="checkbox"/> Epilepsia          | <input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA                  | <input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)    | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas                 |  |

Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño:

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Historia del Niño

- |   | Sí                           | No                       |
|---|------------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____<br>Si es así, por favor haga una lista: _____  | 1. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____  | 2. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____   | 3. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____  |                              |                          |
| 5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____   | 5. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? _____   | 6. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____   | 7. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? _____   | 8. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? _____   | 9. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla? _____   | 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea? _____  | 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? _____  | 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? _____  | 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? _____   | 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____   | 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? _____   | 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? _____  | 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? _____  | 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? _____   | 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____   | 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño?</b> <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada |                              |                          |
| <b>22. ¿Toma el niño suplementos fluorados?</b> _____   | 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>23. ¿Usa dentífricos fluorados?</b> _____  | 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____  | 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? _____   | 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____   |                              |                          |
| 27. ¿Participa el niño en actividades recreativas energéticas? _____  | 27. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento.** Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**A ser completado por el odontólogo/a**

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sólo Para Uso de la Oficina:  Alerta Médica  Premedicación  Alergias  Anestesia Revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## HIPPA – PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Protección Federal para la privacidad de la información personal y la información de salud están vigentes. El Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA de esta oficina dental está disponible en la recepción cuando se solicite. Su firma indica que usted está consciente y acepta las prácticas de privacidad de esta oficina.

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE ARBITRAJE

Esta práctica dental se compromete a proporcionar a los pacientes servicios de atención dental en consideración por el pago recibido. Al firmar esta cláusula de arbitraje, usted acepta que cualquier disputa que surja por cualquier negligencia dental será resuelto por arbitraje neutral y que está renunciando a su derecho a un juicio por jurado o tribunal. El acuerdo de arbitraje que usted está aceptando está disponible en la recepción cuando se le solicite.

- He leído el material disponible en la recepción.
- Me gustaría solicitar una copia impresa para llevar conmigo.

Autorización del Acuerdo de Arbitraje: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## SOCIAL MEDIA AUTHORIZATION

En Optima, nos esforzamos por crear un ambiente familiar para nuestros pacientes. Interactuamos regularmente con nuestros pacientes y la comunidad a través de las redes sociales. Necesitamos su consentimiento por escrito si desea que incluyamos su sonrisa en nuestras redes sociales.

- Puede usar la foto y nombre de mi hijo/hija en la galería de su sitio web y en las redes sociales. Esto puede incluir Facebook, Google+, Twitter, Instagram y Pinterest.
- Puede usar la foto de mi hijo/hija como se mencionó anteriormente, pero sin nombre.
- Preferiría que la sonrisa de mi hijo/hija no aparezca en línea.

## POLIZA FINANCIERA

En un esfuerzo por mantener las tarifas de tratamiento al mínimo mientras mantenemos un alto nivel de atención profesional, hemos establecido la siguiente política financiera para nuestra oficina. Por favor, siéntase libre de discutir nuestros honorarios con nosotros en cualquier momento. Antes de comenzar cualquier tratamiento dental, el paciente y / o la parte responsable recibirán una consulta sobre el plan de tratamiento y el costo.

Requerimos el pago completo por la porción, no cubierta por el seguro dental, de los servicios dentales a ser prestados. Para los procedimientos que requieren varias citas para completar, el pago puede dividirse en el número de citas requeridas. Cualquier otro acuerdo financiero se hará sólo a discreción del administrador financiero y / o del doctor. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Amex, Visa, MasterCard, Discover y, bajo petición, también podemos proporcionar información sobre compañías financieras para ayudar con el costo de sus procedimientos dentales, como Care Credit. Las solicitudes de crédito para tales opciones de financiamiento están disponibles bajo petición.

Como cortesía a nuestros pacientes con seguro, presentaremos su reclamo de seguro, permitiéndole pagar sólo su deducible y / o co-pago estimado a medida que se presten los servicios. Recuerde que el contrato es entre usted y su compañía de seguros y su saldo total en nuestra oficina es siempre su responsabilidad. Tenga en cuenta que se permiten 60 días para que la reclamación dental sea pagada en su totalidad. Hacemos todo lo posible para darle una estimación exacta de cuál será su porción de nuestros honorarios, en base a la información que nos haga disponible. Sin embargo, no tenemos ninguna manera de garantizar los términos reales de su póliza. Si por cualquier razón hay un saldo restante después del pago de su compañía de seguros, se le enviará declaración. Cualquier disputa de cobertura o el monto del reembolso es entre usted y su compañía de seguros. Al aceptar esta póliza, usted acepta todas estas condiciones.

En Optima Dentistry, programaremos nuestras citas para proporcionar a cada paciente nuestra total atención. Para lograr esto, necesitamos una confirmación con 24 horas para todas las citas. Tenga en cuenta que se le cobrará por cancelaciones con menos de 24 horas de aviso la tarifa de \$ 50.00 para citas de examen / higiene y \$ 75.00 para citas de procedimientos dentales. También tenga en cuenta que cualquier tipo de depósitos y / o pagos hacia los servicios rendidos por Optima Dentistry no serán reembolsado. Si el paciente cambia de opinión por cualquier razón durante el tratamiento, el paciente será responsable de todos los costos incurridos, incluyendo los costos de laboratorio.

Una cuenta con un saldo no pagado después de 60 días se enviará a una agencia de cobros. En ese momento, usted será responsable de todos y cada uno de los costos incurridos en el cobro de su deuda desde la última fecha de servicio, como honorarios de abogados, honorarios judiciales y cualquier otro cargo asociado con el cobro de su deuda.

Los registros originales incluyendo las radiografías son propiedad de esta oficina. Si lo desea, le proporcionaremos una copia de su registro o radiografías para una tarifa de duplicación nominal de \$ 25.

Apreciamos su confianza en la elección de nuestra oficina. Por favor, no dude en consultar con un miembro del personal si tiene alguna pregunta sobre esta póliza financiera.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con la Póliza Financiera de Optima Dentistry.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_