



Bienvenido a nuestra oficina!

Tomese un minute para completar este formulario para que podamos conocerlo mejor.

Nombre de los padres _____ Padres fecha de nacimiento _____

Nombre del paciente _____ Niño / Niña

Fecha de nacimiento _____ Años _____ Colegio _____

DIRECCION DE ENVIO

Calle _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

1 Telefono _____ 2 Telefono _____ Correo Electronico _____

MÉTODO DE RECORDATORIO DE LA CITA (circule uno) TEXTO, LLAME, AL CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Si es Medicaid, deje la información del suscriptor en blanco)

Suscriptor _____ Aseguradora _____

Suscriptor DOB _____ ID # _____ Grp # _____

Suscriptor Empleador _____ Seguros Tel # _____

¿QUIÉNES PODEMOS GRACIAS POR REFERIRSE? (circule uno y lista de nombres)

Amigo/Relativo Seguridad Internet Correo Conducir por

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Autorizo a Sealy Kids Dentistry o asistentes, ya que pueden designar para realizar los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes para mantener mi salud dental o cualquier persona menor de edad u otra persona por la cual tengo la responsabilidad, incluida la disposición y / o administración de cualquier sedante, restaurador. Tratamientos paliativos, terapéuticos o quirúrgicos. Entiendo que la administración de anestésico local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir entumecimiento, moretones y dolor muscular. Asumo voluntariamente cualquiera y todos los riesgos, incluido el riesgo de daños sustanciales y graves, si los hubiere, que puedan asociarse a procedimientos preventivos y de tratamiento generales con la esperanza de obtener el posible resultado deseado, que puede o no lograrse, para mi beneficio o mi hijo menor o pupilo. Reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores me han sido explicados si es necesario y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas. Además, entiendo que las reclamaciones sin mérito y frívolas por negligencia médica / dental tienen un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de la atención médica y pueden causar un daño irreparable a un proveedor de atención médica. Como contraprestación adicional por la atención profesional que recibí, yo, el paciente / tutor y / o mi representante aceptamos no presentar, directa o indirectamente, cualquier reclamo (s) falso, sin fundamento o frívolo del caso de negligencia médica / dental o se inicie o persiga la causa de la acción. Yo y / o mi representante acordamos usar testigos expertos que practican principalmente en la misma especialidad que el Doctor. Además, estoy de acuerdo en que estos testigos expertos se adhieran a las pautas y al código de conducta definido para los testigos expertos por la Asociación Dental Americana. En consideración adicional para esto, los médicos dentales de Sealy aceptan las mismas estipulaciones.

Firma del tutor legal o agente autorizado

Fecha

Historial medico del paciente

Nombre _____ DOB _____

Proporcione el nombre y el número del pediatra de su hijo Y de cualquier otro médico que esté viendo:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado su hijo o ha tenido una operación importante? En caso afirmativo, describa a continuación.

¿Su hijo está en una dieta especial? En caso afirmativo, describa.

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES (incluyendo los de venta libre)

ALERGIAS (Por favor, seleccione todas las que correspondan)

- Acrílicos Codeína Yodo An Anestésicos locales Penicilina Otros _____
 Aspirina Demerol Látex Metales Dr Medicamentos Sulfa
 Barbitúricos, sedantes, medicamentos para dormir Ox Óxido nitroso Valium

PARA HEMBRAS (Circule uno) ¿Está o podría estar embarazada? Si / No | ¿Lactancia materna? Si / No

¿SU HIJO TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal / prolongado | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV+ | <input type="checkbox"/> Trastorno gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco / fracaso | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Válvula de corazón artificial | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Urticaria o erupción | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente abollado | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Cáncer / Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal / intestinal |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho después del esfuerzo | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial / ampollas de la fiebre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> STD |
| <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito, trastorno | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Síndrome |
| <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Trastorno de la valva mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Llagas orales / úlceras | <input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Desmayos / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea | |

Si marcó alguno de los anteriores, describa: _____

¿Alguna otra enfermedad, enfermedad o trastorno grave no mencionado anteriormente? _____

Iniciales del padre / madre / tutor: _____ Iniciales del Dr.: _____



Historial medico del paciente

¿Ha tenido su hijo alguna vez una mala experiencia dental? (circule uno) SÍ o NO
En caso afirmativo, describa.

¿Su hijo ha experimentado alguna vez complicaciones después del tratamiento dental? (circule uno) SÍ o NO
En caso afirmativo, describa.

¿Ha experimentado su hijo alguna vez sangrado prolongado después de un tratamiento dental? (circule uno) SÍ o NO
En caso afirmativo, describa.

¿Alguna vez su hijo ha experimentado algún dolor o chasquido en la articulación de la mandíbula? Si o no

¿Tiene antecedentes familiares de cirugía de la mandíbula, dientes perdidos o problemas dentales? (circule uno) SÍ o NO
En caso afirmativo, describa.

¿Ha tenido su hijo algún trauma dental o lesión en la mandíbula o los dientes? (circule uno) SÍ o NO
En caso afirmativo, describa.

Por la presente certifico que las respuestas anteriores a la siguiente pregunta son precisas a mi leal saber y entender. Dado que un cambio de condición médica o medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia y acepto notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier visita posterior.

Firma del tutor legal, o agente autorizado

Fecha

Firma del doctor

Fecha

SEALY KIDS DENTISTRY

Política financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Para nosotros es muy importante que establezcamos el tipo de relación con usted que brinda la mejor atención en el ambiente más agradable posible. Para hacer arreglos financieros para su tratamiento, ofrecemos varias opciones de pago flexibles. Aceptamos efectivo, cheques, todas las principales tarjetas de crédito, así como también planes de pago extendido tras la aprobación del crédito. Para los menores no acompañados, le pedimos que haga arreglos financieros antes del día de su cita.

Seguro dental

Estamos encantados de aceptar la asignación de beneficios de seguro de su compañía de seguros. Como cortesía para usted, presentaremos su seguro y le ayudaremos a maximizar sus beneficios. Estimaremos su cobertura de seguro y su parte del costo del tratamiento, que vence en la fecha del servicio. Dado que este es solo un estimado, es posible que tenga un saldo adicional adeudado, o podemos emitirle un reembolso después de que hayamos recibido el pago de su compañía de seguros. Es importante tener en cuenta que el saldo de su cuenta es su responsabilidad, independientemente de la cobertura de su operador.

Citas perdidas

Por favor, ayúdenos a servirle a usted y a todos nuestros pacientes de la mejor manera al cumplir su cita programada. Si es necesario reprogramar su cita, envíenos un aviso de 24 horas.

Resumen de Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013

Sealy Kids Dentistry mantiene la información de todas sus visitas dentales. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida y que le notifiquemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información cuando la solicite. También puede encontrar el Aviso en nuestro sitio web. Este aviso es una explicación detallada sobre cómo podemos usar su información médica protegida y sus derechos para inspeccionar y modificar su información. Estamos obligados por ley, y por nuestro propio código de ética, a mantener la privacidad de su información y a seguir las prácticas descritas en este Aviso. Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013 y están actualizadas a partir del 23/09/2013.

* Usted tiene derecho a negarse a firmar este reconocimiento *

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. Entiendo que estoy dando mi permiso para usar y divulgar mi información médica protegida para usar en el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar o modificar este permiso

Nombre en letra de molde _____ Firma _____ Fecha _____

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento:

- El individuo se negó a firmar
- Barriers Las barreras de comunicación nos prohibieron obtener reconocimiento.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento.
- Otra razón (por favor especifique)



2355 Hwy 36 South

Sealy, Texas 77474

979.987.6030

Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sealy Kids Dentistry, que tiene una fecha de vigencia del 22/9/2013, y que describe cómo se puede usar y / o divulgar mi información de salud.

Entiendo que Sealy Dental Center tiene el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, que se me proporcionará una copia de cualquier versión actualizada y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para solicitar un Aviso de prácticas de privacidad actual.

Mi firma a continuación reconoce que me han proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Imprimir nombre

Relación con el paciente



2355 Hwy 36 South

Sealy, Texas 77474

979.987.6030

Carta Foto Consentimiento

Por la presente doy mi consentimiento a Sealy Kids Dentistry para obtener una fotografía de mi hijo menor y guardarla en su archivo como parte del registro del paciente. Entiendo que se pueden obtener nuevas fotografías a través de su tiempo en nuestra oficina para mantener actualizado y actualizado el registro del niño.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Imprimir Paciente Nombre

Testigo Firma

Formulario de consentimiento para sitios web y redes sociales

Por la presente doy mi consentimiento para que la foto de mi hijo sea tomada con los miembros del personal y / o por ellos mismos, para ser utilizada en las páginas de redes sociales de Sealy Kids Dentistry y / o en la página web de Sealy Kids Dentistry. Entiendo que, en cualquier momento, puedo solicitar que se retire la foto de mi hijo si decido cambiar de opinión más adelante.

Nuestras plataformas y sitios web de redes sociales actuales se enumeran a continuación.

www.sealykidsdentistry.com

www.facebook.com/SealyKidsDentistry

www.instagram.com/sealykidsdds

Por favor, deje esta sección en blanco si desea rechazarla.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Imprimir Paciente Nombre

Testigo Firma