

## Información Del Niño(a)

Nombre Del Niño(a): \_\_\_\_\_ Sexo: **M** **F** Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre, Segundo, Apellido)

SS# \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) experiencias desagradables con el dentista o medico?  **Si**  **No** Si su respuesta es Si, explique por favor:

¿Cómo podemos hacer esta una experiencia más positiva para su niño(a)?

¿A quien podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina?

## Historia Dental

|  |   |   |
|--|---|---|
| ¿La razon de su visita hoy?:   | Pediatra del Niño:  | Ciudad:   |
| ¿Es esta la primera visita al dentista de su niño(a)? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>  | Fecha de último examen fisico:  | Teléfono:   |
| ¿Si su respuesta es No, fecha de la última visita?   | ¿Le dio de amamantar de bebe a su niño(a)? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                      | ¿Hasta qué edad?  |
| ¿Fecha de las últimas radiografías?  | ¿Le dio biberon de bebe a su niño(a)? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                           | ¿Hasta qué edad?  |
| Qué tratamiento tuvo   | ¿Esta su niño(a) en buena salud? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                |   |
| Nombre del dentista anterior: _____ Teléfono: _____  | ¿Están al día las vacunas de su niño(a)? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                        |   |
| ¿Dentista general o pediátrico? _____ Ciudad: _____  | ¿Ha tenido alergia o reacción su niño a algun medicamento <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>       |   |
| ¿Tuvo algun trauma su niño(a) en los dientes, la boca o cabeza?<br>Si su respuesta es Si, describa abajo que paso y qué tratamiento recibió:   | (ejemplo: Latex, Anestésicos Dentales, etc)? Si su respuesta es Si, a qué medicamento y que reacción tuvo? _____                      |   |
| ¿Recibe fluoruro en alguna de las siguientes formas?<br><input type="checkbox"/> vitaminas <input type="checkbox"/> agua <input type="checkbox"/> crema dental <input type="checkbox"/> gotas <input type="checkbox"/> tabletas <input type="checkbox"/> gel | ¿Se cepilla los dientes todos los días? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                         | ¿Usa hilo dental? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>Solo Mujeres (mayores de 12 años de edad)</b>   | ¿Tiene su nino(a) alguno de los siguientes malos habitos? Si su respuesta es Si, porfavor circule:                                    |   |
| ¿Está usted embarazada? cuántas semanas tiene de embarazo: _____ <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>  | <input type="checkbox"/> Se chupa los dedos <input type="checkbox"/> Respira por la boca <input type="checkbox"/> Se chupa los labios |   |
| ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>  | <input type="checkbox"/> Saca la lengua <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas <input type="checkbox"/> Rechina los dientes      |   |
| ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>  | <input type="checkbox"/> Usa chupon <input type="checkbox"/> Algun otro mal habito:   |   |
|  | ¿El paciente fuma? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>           |   |

### ¿Alguna vez han diagnosticado a su niño(a) con alguna de las condiciones siguientes?

|                       | Si                       | No                       |                             | Si                       | No                       |                                  | Si                       | No                       |                               | Si                       | No                       |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SIDA                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trauma al Cerebro                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hiperactividad        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deficiencia de Alimentación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se le hacen moretes facilmente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusiones De Sangre       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso Sexual                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la Espina Dorsal    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reflejo de saliva excesiva    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del Riñón  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condición de la vejiga      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraso de Desarrollo       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia De la Celula De la Hoz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autismo               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas De las Anginas         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer o malignidad           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de huesos o coyunturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Úlceras Orales        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones Del Oído        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Del Oído o Hablado     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Ortopédicos         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de los Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Del Corazón       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paralisis Cerebral               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Emocionales         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Describe por favor cualquier tratamiento médico actual incluyendo medicinas, o cirugías pendientes, u hospitalizaciones recientes que debemos estar enterados que no se hayan mencionado hasta ahora:

¿Su niño necesita antibióticos antes de algún tratamiento dental?  **Si**  **No**

Doctor's Signature/Medical History Reviewed: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Información de los Padres

Quién está acompañando a el niño(a) hoy? Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ ¿Usted tiene custodia legal de este niño(a)?  **Si**  **No**

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre Completo de la Madre:</b>   | <b>Nombre Completo del Padre:</b>  |
| Dirección:  | Dirección:   |
| Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____  | Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____   |
| Teléfono de Casa: ( ) _____ Celular: ( ) _____  | Teléfono de Casa: ( ) _____ Celular: ( ) _____   |
| Teléfono de Trabajo: ( ) _____ Email: _____   | Teléfono de Trabajo: ( ) _____ Email: _____  |
| Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____   | Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____  |
| Numero de Licencia de Conducir#: _____ Estado: _____  | Numero de Licencia de Conducir#: _____ Estado: _____   |
| Ocupación: _____ Nombre del Empleador: _____  | Ocupación: _____ Nombre del Empleador: _____   |
| Dirección de Trabajo: _____   | Dirección de Trabajo: _____  |
| Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____  | Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____   |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado Otro | ¿Con quién vive el niño? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre de la persona responsable de esta cuenta:

Dirección si no es la misma de arriba:

## En Caso De Emergencia ¿a quién debemos llamar? (especifique por favor a alguien que no viva en casa)

Nombre:

Relación:

Teléfono: ( )

## Información Del Seguro Dental Si su seguro dental cubre a su niño, llene lo siguiente.

|  |  |                                     |                      |
|--|--|-------------------------------------|----------------------|
| Seguro Dental Primario<br>Nombre en la Póliza: | Seguro Dental Secundario<br>Nombre en la Póliza: |                                     |                      |
| SS#:   | Fecha de Nacimiento:                             | SS#:                                | Fecha de Nacimiento: |
| Compañía de Seguro:                            | Teléfono: ( )                                    | Compañía de Seguro:                 | Teléfono: ( )        |
| Dirección de la Compañía de Seguro:            |  | Dirección de la Compañía de Seguro: |                      |
| Número de la Póliza del Grupo:                 | Numero Local:                                    | Número de la Póliza del Grupo:      | Numero Local:        |
| Relación al paciente:                          |  | Relación al paciente:               |                      |

## Autorización

Afirmo que la información que he puesto con respecto a mi niño(a) está correcta, al mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informarle a la Dra. Tavallaei de cualquier cambio relacionado a la historia médica de mi niño(a). Autorizo que la Dra. Tavallaei y sus empleados realicen cualquier tratamiento dental necesario que mi niño(a) necesite. Autorizo Make A Smile de compartir cualquier información incluyendo el diagnóstico y expediente de cualquier tratamiento o examinación dental rendido a mi niño(a) a los pagadores terceros y/o dentistas/médicos. Autorizo y solicito mi compañía de seguro, primario y/o secundario que le pague directamente al dentista. Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos de la cuenta de los servicios rendidos y estoy de acuerdo aceptar toda la responsabilidad financiera y pagar en completo todo el tratamiento y en caso de necesidad, costos de colección e interés.

Confirmando que he recibido la forma Informativa sobre los Materiales Dentales, y de Prácticas de Privacidad

Firma del Padre/Madre o guardian

Relación al Paciente

Fecha

## Poliza Financiera

Nos honramos en darle la mejor calidad dental posible a su hijo(a). Valoramos nuestra relación con usted y creemos que las mejores relaciones son aquellas que están basadas en el entendimiento. Nos gustaría familiarizarlo con nuestra póliza financiera, y asegurarle que hacemos lo mejor por darle a nuestros pacientes el mayor beneficio posible de sus compañías de aseguración. Con la multitud de pacientes que vemos a diario, confiamos en que usted nos dará la información correcta y necesaria del historial dental, cobertura, y la elegibilidad de su hijo(a). En su primera visita dental le pediremos una copia de su tarjeta de aseguración y cualquier información que nos ayudara en el proceso de mandar a cobrar a su aseguración (como cortesía) para esta y futuras visitas dentales. Por favor recuerde en traer toda su información de cobertura al igual que su tarjeta de aseguración. Pedimos que nos notifique inmediatamente de cualquier cambio de seguro dental que tenga en el futuro. Los padres tendrán permiso de entrar con su hijo(a) al cuarto de tratamiento a la discreción del dentista. Hacemos esto para brindarle la mejor atención a su hijo(a), al igual que la atención de su hijo(a) hacia nosotros.

Para que nuestra oficina Make A Smile pueda darle tratamiento a su hijo(a) se espera coleccionar el total de los servicios ofrecidos ese día, al menos que tenga aseguración. Antes de rendir tratamiento, se les presenta a los padres un estimado del costo total del tratamiento. Si usted tiene aseguración esperamos coleccionar cualquier porción o deducible que tenga para los servicios ofrecidos. Trataremos de verificar elegibilidad y los beneficios de cobertura en su visita inicial para poderle dar un mejor estimado. En caso que su aseguración nos notifique de cualquier lapso en su cobertura usted será responsable por el balance en su cuenta. En caso de que por falta de información de su parte no se nos fue posible verificar elegibilidad para el día de su cita, usted será responsable de el total del costo ese día y será su responsabilidad de obtener un reembolso de su aseguración. Para su conveniencia le podemos proveer con un estimado del costo para su visita inicial antes de su cita. En caso que no nos podamos comunicar con su compañía de aseguración, el 100% será coleccionado el día de su cita por los servicios ofrecidos. Al recibir el pago de su aseguración se le dará un reembolso por su crédito en su cuenta o se le mandará a cobrar por cualquier balance en su cuenta que quede pendiente. En el evento que su aseguración mande los pagos solo directamente a usted, se espera el pago total por los servicios ofrecidos al menos que haya llegado a un acuerdo financiero anteriormente con nuestra oficina.

Aceptamos la mayoría de aseguraciones, en excepción de aquellos planes de aseguración que le restringen ciertas oficinas dentales en una lista. Ciertos planes requieren al los dentistas que reduzcan sus precios drásticamente con tal de recibir a miles de pacientes potenciales. En contraste, nosotros creemos en la énfasis de la atención personal y calidad dental, y nunca comprometeríamos nuestro enfoque personal hacia el cuidado dental.

En el evento que no pueda asistir a su cita, por favor tenga en mente que el tiempo a sido especialmente reservado para su hijo(a) y requerimos notificación lo más pronto posible. Por favor llame a nuestra oficina 48 horas antes de su cita en caso de ser imposible asistir. Si no nos habla con 48 horas de anticipación se le podrá cobrar \$50.

En la circunstancia en que haiga un divorcio o separación de los padres de por medio, la persona responsable de cualquier cargo será aquel que firme la forma de consentimiento para el tratamiento del paciente. Si la persona responsable se diferencia de la persona que firmo la forma de consentimiento, por favor dejele saber a la recepcionista antes de empezar el tratamiento.

Será nuestro placer en asistirle en archivar su reclamo a su compañía de aseguración para que usted aproveche al máximo sus beneficios. Aceptaremos el pago estimado directo de su aseguración, el pago se recibe aproximadamente en 60 días. Si su aseguración no paga en 60 días, el balance en su cuenta será automáticamente su responsabilidad. Para su información su aseguración es un contrato entre usted, su empleador, y su compañía de aseguración, es por eso que no le garantizamos ningún estimado de cobertura. No aceptamos ninguna responsabilidad en la colección de ningún reclamo hecho a su aseguración o arreglo con la compañía de algún reclamo. En el evento en que recibamos un sobrepago de su aseguración, le daremos el crédito a su cuenta, o le daremos un reembolso. No todos los servicios son beneficios cubiertos en el contrato de su aseguración. Usted es totalmente responsable por el monto total del costo del tratamiento total de su hijo(a).

He leído totalmente los detalles y responsabilidades sobre los servicios ofrecidos en Make A Smile. En consideración a los servicios profesionales ofrecidos a mi hijo(a), acepto total responsabilidad de los pagos para ciertos servicios y acepto pagar todos los costos de abogados, intereses, y recargos que pueda tener por mi falta de pago hacia los servicios ofrecidos. En el evento en que sea necesario contratar una agencia de colección para coleccionar algún balance en mi cuenta, yo me hago responsable de pagar los recargos de colección. Entiendo que se me cobrará \$25 por cualquier cheque que sea devuelto sin fondos de mi banco. Autorizo a mi principal y/o segunda aseguración(s) mandar el pago directo a Make A Smile. Tengo entendido que mi aseguración pueda pagar menos de lo mandado a cobrar. Autorizo a Make A Smile a cobrar cualquier balance a mi tarjeta de crédito. Doy permiso a Make A Smile, o sus asignantes, de contactarme a mi casa o trabajo para hablar de cualquier situación sobre esta forma. He leído las condiciones del tratamiento y estoy de acuerdo con el contenido.

### OPCIONES DE PAGO

Para su conveniencia le proveemos varias opciones de pago para que su hijo(a) reciba el mejor cuidado dental y disfrute de una sonrisa saludable. Aceptamos efectivo, cheques, y todas tarjetas de crédito.

Mi firma indica que he entendido la poliza financiera y que cualquier pregunta referente a esta poliza a sido contestada.

Firma de la Parte Responsable

Relación al Paciente

Fecha

Mi firma indica que he revizado la poliza con la parte responsable.

Firma del Empleado

Fecha