



All Kids Pediatric Dentistry

ALL KIDS PEDIATRICS DENTISTRY

2630 West Arrowood Rd., Suite C

Charlotte, NC 28273

Phone: (980) 263-2330

Fax: (704) 817-6530

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

DIRECCIÓN COMPLETA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NÚM. SEGURO SOCIAL: _____

NOMBRE DE ESCUELA: _____ GRADO: _____

NOMBRES, EDADES Y SEXOS DE HERMANOS: _____

¿SI LAS PADRES NO VIVEN JUNTOS CON QUIEN VIVE EL NIÑO/A? _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ MADRASTRA TUTOR

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚM. SEGURO SOCIAL: _____

EMPLEADOR: _____ NUMERO DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN COMPLETA: _____

NUMERO DE CELULAR: _____ NUMERO DE CASA: _____

EMAIL: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERA CASADA SEPARADA VIUDA DIVORCIADA

NOMBRE DEL PADRE: _____ PADRASTRO TUTOR

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚM. SEGURO SOCIAL: _____

EMPLEADOR: _____ NUMERO DEL EMPLEADOR: _____

DOMICILIO COMPLETO: _____

NUMERO DE CELULAR: _____ NUMERO DE CASA: _____

EMAIL: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO SEPARADO VIUDO DIVORCIADO

FORMA DE PAGO

Costas de las servicios dentales tienen que ser cancelados el mismo día.

Efectivo o Tarjeta de crédito/debito NC Medicaid #: _____

Seguro Dental - Además del copago, como una cortesía, nuestra oficina presentará los beneficios del seguro para los tratamientos prestados. Cualquier deducción, copago o balance que no sea cubiertos por su seguro; usted será responsable del balance el día del tratamiento.

¿Tiene seguro secundario? Si es así, especifique: _____

Todos los saldos de las cuentas que no han sido pagados dentro de los 30 días se convierten en la responsabilidad del padre / tutor.

¿COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? _____



All Kids Pediatric Dentistry

ALL KIDS PEDIATRICS DENTISTRY

2630 West Arrowood Rd., Suite C

Charlotte, NC 28273

Phone: (980) 263-2330

Fax: (704) 817-6530

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Peditra/Medico: _____

¿Ha sido su niño hospitalizado alguna vez desde su nacimiento?

Si No

Si sí, explique: _____

¿Tiene su niño alergias alguna medicina o comida? Si No

Si sí, explique: _____

¿Esta su niño actualmente tomando medicinas? Si No

Si sí, explique: _____

Marque si su niño ha experimentado alguna de las siguientes condiciones médicas:

Si	No	Condición	Si	No	Condición
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inhalador
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Necesidades Especiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH / SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del Pulmón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas del Oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tubos en los Oídos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de la Sangre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ADD / ADHD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergia al Látex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer / Tumores
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas con el Hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastorno Emocional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Convulsiones / Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sangrado Anormal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Amígdalas / Adenoides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas con Nariz / Garganta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias Cambio de Estación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas del habla / de visión
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de Estomago / Riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Síndrome de Autismo / Asperger

Otro: _____

Por favor, explique alguna condición médica o preocupación que su niño tenga: _____

HISTORIAL DENTAL

¿Su niño todavía bebe de un biberón? Si No

Si no, ¿a qué edad se lo suspendió?: _____

¿Se chupa su niño los dedos o el dedo pulgar o alguna vez ha utilizado un chupón? Si No

Edad que paró el hábito: _____

¿El agua de la ciudad es su principal fuente de agua?

Si No

¿Su niño ha vista alguna vez a un dentista? Si No

Si sí, fecha de ultima atención dental y dentista previo: _____

¿Ha tenido su niño ha tenido problemas con el tratamiento dental anteriormente? Si No

Si sí, explique: _____

¿Ha tenido su niño algún tipo de trauma o lesión relacionado con sus dientes? Si No

Si sí, explique: _____

¿Tiene su niño dolor de muela el día de hoy?

Si No

Si sí, explique: _____

¿Tiene su niño condición dental con la que usted está especialmente preocupado?: Si No

Si sí, explique: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

Las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño. También autorizo los servicios dentales que mi niño pueda necesitar. También le doy autorización al dentista a compartir cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de tratamiento o exámenes prestados a mi niño durante el periodo de atención con los seguros dentales y/o de otros profesionales de la salud. Solicito que mi compañía de seguros pague directamente a la dentista. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos dinero por los servicios prestados, por lo tanto, estoy de acuerdo en ser responsable de los pagos por todos los servicios prestados a mi niño.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



All Kids Pediatric Dentistry

ALL KIDS PEDIATRICS DENTISTRY

2630 West Arrowood Rd., Suite C

Charlotte, NC 28273

Phone: (980) 263-2330

Fax: (704) 817-6530

NORMAS DE LAS CITAS DENTALES

- La oficina dental "All Kids Pediatric Dentistry" reserva citas para su niño de acuerdo a sus necesidades y cooperación. Los pacientes no pueden ser vistos en el orden en que llegan debido a la naturaleza del tratamiento.
- Como cortesía, nuestra oficina tratará de llamarle para confirmar la cita 1-2 días antes. Sin embargo, usted tiene la responsabilidad de recordar la fecha y hará de su cita.
- Para pacientes nuevos requerimos que el padre o tutor legal este presente. Para las visitas consecutivas los abuelos u otros miembros de la familia mayores de edad pueden acompañar al paciente.
- Pacientes menores de 18 años debe tener un padre o tutor en la oficina en todo momento.
- Con el fin de establecer la confianza con su niño, podemos pedir a los padres que esperen en la sala de espera mientras que su niño está siendo vista. Algunas veces esto ayuda a que el paciente se comunique libremente
- Citas canceladas con menos de 24 horas de notificación puede ser costosas e injustas para las pacientes que necesitan citas. Por Favor, tenga en cuenta que las citas perdidas, cancelaciones repetidas sin notificación pueden ser objeto de despido de la practicas
- Tardanzas al llegar, pueden causar retrasos en la hará de su cita y pueden afectar aquellos pacientes que llegan puntualmente. Es posible que necesite hacer una cita nueva
- Durante las meses de clases, las citas por la tarde son las favoritas. Le pedimos que comprenda que a veces es necesario ver a su niño durante el horario de escuela. Proporcionaremos excusas
- Si su hijo es menor de cuatro años, es necesario verlo en la mañana. Estudios corroboran que el niño está más dispuesto a cooperar.
- Tratamiento que requiere el uso de Óxido Nitroso o cualquier otro medicamento se programaran en la mañana y con el estómago vacío. Esto ayuda a evitar que el niño se enferme.

Nombre del Padre/Tutor

Nombre del Paciente

Firma del Padre/Tutor

Fecha



All Kids Pediatric Dentistry

ALL KIDS PEDIATRICS DENTISTRY

2630 West Arrowood Rd., Suite C

Charlotte, NC 28273

Phone: (980) 263-2330

Fax: (704) 817-6530

POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir All Kids Pediatric Dentistry, para la atención dental de sus niños. Como anticipamos una relación a largo plazo con nuestros pacientes y sus familias, manteniendo al corriente en la comunicación y el pago es importante.

Nosotros en All Kids Pediatric Dentistry somos orgullosos de ser parte de un equipo cuya misión principal es ofrecer los mejores y más completos servicios dentales disponibles hoy en día. Estamos preocupados por el cuidado dental de su niño y queremos asegurarnos de que se lleva a cabo de manera responsable.

Con el fin de que podamos seguir manteniendo nuestros costos asequible como sea posible, debemos solicitar el pago en el momento del tratamiento. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Aceptamos pagos con tarjeta de crédito a través de teléfono. También aceptamos Care Credit, que se puede solicitar en nuestra oficina, lo que permite que usted tenga un cómodo plan de pago mensual, dependiendo de su crédito.

Nuestros servicios siguen teniendo el mismo precio para todos, independientemente de la cobertura del seguro. Si usted tiene seguro para su niño, por favor haga el pago de la parte que no este cubierta. Como cortesía, nosotros le combraremos al seguro por el resto. Nosotros tenemos una estructura de "costo por el servicio". Por favor recuerde que usted, como padre, será responsable por cualquier parte no cubierta por el seguro.

Entendemos el valor de los beneficios del seguro y le ayudaremos a obtener sus máximos beneficios. Sin embargo, le pedimos lo siguiente: Por favor lea su póliza o hable con su director de beneficios de seguro para ser plenamente conscientes de las limitaciones o exclusiones. Si usted tiene alguna pregunta acerca de su cobertura de seguro, póngase en contacto con su compañía de seguros. Por favor, tenga en cuenta que su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

CITAS PERDIDAS

Una cuota de \$35.00 por niño se aplica a su cuenta por cada cita perdida con menos de 24 horas de aviso. Otra vez, Gracias por elegir All Kids Pediatric Dentistry para las necesidades de salud dental de su niño. Nosotros esperamos atender a sus niños por muchos años más.

Firma del Padre/Tutor

Nombre del Paciente

Fecha



All Kids Pediatric Dentistry

ALL KIDS PEDIATRICS DENTISTRY

2630 West Arrowood Rd., Suite C

Charlotte, NC 28273

Phone: (980) 263-2330

Fax: (704) 817-6530

CONOCIMIENTO DE LA PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____

He recibido información acerca de la Práctica de Privacidad de la oficina "All Kids Pediatric Dentistry".

Firma

Fecha

Solo Para Uso Oficial

No fue posible obtener en forma escrita el conocimiento de la Práctica de Privacidad por las siguientes razones:

- Una emergencia se presentó y la obtención de una firma no fue posible en el momento.
- La persona responsable se negó a firmar.
- Una copia fue enviada por correo solicitando la firma de la persona responsable.
- No fue posible comunicarse con la persona responsable por la siguiente razones:

Firma

Fecha



All Kids Pediatric Dentistry

ALL KIDS PEDIATRICS DENTISTRY

2630 West Arrowood Rd., Suite C

Charlotte, NC 28273

Phone: (980) 263-2330

Fax: (704) 817-6530

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Yo, _____, el Padre/Tutor del niño(s) escrito arriba, doy autorización a la Dra. Marcela Mujica y All Kids Pediatric Dentistry consentimiento de:

- Tomar radiografías
- Realizar una limpieza y colocar fluoruro
- Proporcionar tratamiento (restauración, extracciones, y aparatos dentales)

Este consentimiento se aplica a:

- Visita de hoy
- Todas las futuras visitas

Firma: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____