

Le damos la bienvenida. Por favor tome unos minutos para llenar esta forma. Si usted tiene alguna pregunta estaremos contentos de ayudarlo. Estamos ansiosos de trabajar con usted para mantener la salud de los dientes de su hijo(a).

1. Háblenos acerca de su hijo(a)

Nombre _____
Apellido Nombre 2do. Nombre

Apodo _____ Niño Niña

Fecha de nac. ____/____/____ Edad _____

Teléfono # (____) _____

SS# _____

Dirección _____

Escuela _____ Grado _____

Referido por _____

2. Información de la madre

Nombre _____

Fecha de Nac. ____/____/____ Madrastra Guardián

Empleador _____

Telf. Trabajo (____) _____

Telf. Casa (____) _____

Celular (____) _____

SS# _____

E-mail: _____

Estado civil Soltero Casado Separado

viudo Divorciado

Usted es militar activo? Si No

3. Información del padre

Nombre _____

Fecha de Nac. ____/____/____ Padrastro Guardián

Empleador _____

Telf. Trabajo (____) _____

Telf. Casa (____) _____

Celular (____) _____

SS # _____

Usted es militar activo? Si No

4. Quien acompaña al niño(a) hoy?

Nombre _____

Relación _____

Usted tiene custodia legal del niño(a)? Si No

5. Persona Responsable de la cuenta



Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si la dirección es un P.O. Box, usted tiene que darnos su dirección física!

Dirección física: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Telf. Trabajo (____) _____

Telf. Casa (____) _____

6. Seguro dental primario

Nombre del seguro _____

Telf. del Seguro (____) _____

#ID. _____ #Grupo _____

Nombre del asegurado _____

Relación con el paciente _____

Fecha de nac. del asegurado ____/____/____

SS # _____

Empleador del asegurado _____

7. Seguro dental secundario (si es aplicable)

Nombre del seguro _____

Telf. Del Seguro (____) _____

#ID. _____ #Grupo _____

Nombre del asegurado _____

Relación con el paciente _____

Fecha de nac. del asegurado ____/____/____

SS # _____

Empleador del asegurado _____

8. Historia dental

Es esta la primera visita? Si No

Si no, quien era su dentista anteriormente?

Doctor _____

Teléfono _____

Cuando fue su ultimo examen ? ____/____/____

Cuando fueron sus últimos rayos X? ____/____/____

Su niño requiere pre medicación antes de cualquier trabajo dental? Si No

9. Historia Médica

Pediatra _____

Teléfono (____) _____

Fecha del último examen _____

Esta su hijo(a) bajo el cuidado de un doctor? Si No

Ha sido hospitalizado? Si No

Ha tenido cirugía? Si No

Es el niño(a) alérgico a: Látex Penicilina

Amoxicilina Tetraciclina Anestesia Dental

Aspirina Otro(s):

Ha tenido su hijo(a) alguno de lo sig. Problemas?

Amigdalitis Problemas Respiratorios

Asma Transfusión de sangre

Leucemia/Anemia Diabetes/Hipoglucemia

Hemofilia

Labio Leporino

Presión alta/baja

Huesos artificiales

HIV/SIDA

Problemas psiquiátricos

Desmayos /ataques

Murmuro del corazón

Defecto congénito del corazón Cirugías

Válvula artificial del corazón Problemas del oído

Cáncer/Tumores

Sangrado anormal

Defectos de nacimiento

Hepatitis

Problemas de hígado /riñón

Tuberculosis TB

Hiperactividad/ADD

Retrazo cerebral

Fiebre reumática

Quimioterapia

Por favor díganos si su hijo(a) tiene algún otro problema:

Por favor díganos su hijo(a) esta tomando algún

medicamento: _____

10. Certifico que la información que les he dado es correcta. También entiendo que es confidencial y es mi responsabilidad de informarles de cualquier cambios en la salud de mi hijo(a).

Yo, soy el padre, guardián, o representación personal de este niño(a). No hay ninguna orden de la corte que me prohíba firmar este permiso. Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios para mi hijo(a), incluyendo y sin limitar rayos x, y administración de anestésicos, los cuales son aconsejados por el doctor, este o no este presente cuando se este dando el tratamiento.

Certifico que mi dependiente esta cubierto por el seguro escrito arriba y todos los beneficios del seguro; si hay alguno está asignado directamente a Potomac Pediatric Dentistry. Entiendo que soy responsable por todos los cargos que pague o no el seguro dental. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones al seguro. Potomac Pediatric Dentistry puede usar la información medica de mi hijo(a), y puede dar esta información al seguro nombrado arriba y a sus agentes con el propósito de obtener pago por los servicios otorgados y determinar los beneficios.

11. Si yo no pudiera traer a mis niños a sus(s) citas, las siguientes personas tienen autorización para traerlos, incluyendo tomar cualquier decision necesaria relacionada con el cuidado dental de mis niños. Esto incluye el consentimiento de tratamiento que sea necesario

NOMBRE:

NUMERO DE TELEFONO:

Firma del guardián _____

Fecha _____



Nos comprometemos que el tratamiento de su niño sea finalizado satisfactoriamente. La persona responsable de la cuenta (como se muestra en la forma de la información del paciente) es la persona requerida a firmar nuestra póliza financiera.

REQUERIMOS EL PAGO COMPLETO AL MOMENTO DEL SERVICIO.

Aceptamos el dinero en efectivo, cheque (verificado con telecheck) Visa, Mastercard, y CareCredit.

Tenemos contrato con las compañías de seguros siguientes:

- 1.) Delta Dental (Sólo PPO)
- 2.) Medicaid (sonrisas para los niños)
- 3.) MetLife (Sólo PPO)



Si usted tiene cualquiera de las compañías de seguros que están listadas arriba, usted no es requerido a pagar el monto completo hoy. Colectaremos de usted la cantidad estimada la cual el seguro no cubrirá. (co-seguro, los co-pagos, etc.) Nosotros enviaremos su reclamo y si hubiese un balance se lo facturaremos. El pago es esperado dentro de 30 días de la declaración que factura.

Si usted tiene otra compañía de seguros, usted necesita traer la informaron de su seguro el día de la cita. Teniendo la información de su seguro nosotros enviaremos su reclamo al seguro por usted. Usted debe estar familiarizado con los beneficios de su seguro, ya que colectaremos de usted la cantidad estimada la cual el seguro no cubrirá. Nosotros no tomamos planes HMO, DHMO o POS. En este caso requeriríamos el pago completo al momento del servicio.

Tenga ne cuenta que el seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato. No nos involucremos en ninguna disputa entre usted y la compañía de seguro en caso de deductibles, co-pagos, or servicios que no fueron cubiertos, etc. Solo de enviar los servicios dados a la compañía de seguro. Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, por favor llame a su compañía de seguro.

Excepciones

Nosotros no trabajamos con los planes de las siguientes compañías de seguro sean PPO o HMO y requerimos el pago completo por los servicios ofrecidos; nosotros le proveeremos con un recibo detallado para que usted lo sumita a su compañía de seguro.

1. Blue Cross Blue Shield
2. Mega Life and Health Insurance

Planes de pago

Si su niño/niños necesita(n) tratamiento dental extenso le aconsejamos hacer una pre-autorización del tratamiento con su seguro. También ofrecemos CareCredit que es un programa conveniente de pagos mensuales bajos, diseñado específicamente para pagar por servicios de salud.

Balance atrasado

Usted es responsable de cualquier balance en su cuenta. Si usted no ha pagado su balance dentro de 60 días un cargo financiero de \$5 será añadida a su cuenta cada mes hasta que sea pagado. Cualquier balance que no haya sido pagado por 90 días o mas se le enviara una carta de aviso final antes de ser enviado a "Colecciones"; en ese caso usted será responsable de cualquier o todo el costo de este proceso. Esto incluye: un interés de 1.5% de su deuda desde la fecha se su ultima cita, cargos de abogados y costos de la corte.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con esta póliza financiera.



Firma _____

Fecha. _____

GAINESVILLE PEDIATRIC DENTISTRY

7534 Limestone Drive
Gainesville, VA 20155
703-754-1580



Entiendo que, bajo el Acto de 1996 (HIPAA), del portador del seguro medico/dental. Tengo derecho a la privacidad con respecto a la información de mi salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Manejos y planificación de mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de asistencia médica que pueden ser implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores terceros.
- Realizar las operaciones normales de asistencia médica tales como las evaluaciones y certificaciones de medico.

He recibido, leído y entendido su AVISO DE CONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA), que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información medica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar AVISO DE CONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA) de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento la dirección de arriba y obtener una copia actual de la misma.

Entiendo que puedo solicitar en escrito que usted restringe cómo mi información privada es utilizada, o es revelada, para llevar un tratamiento a cabo, las operaciones del pago o la asistencia médica. Entiendo también que usted no esta requerido de estar de acuerdo a mis restricciones solicitadas, pero si usted si esta de acuerdo entonces tiene que respetar tales restricciones.

Entiendo que cuando la oficina me contacte para confirmar una cita, Gainesville Pediatría Dentistry dejara el nombre de mi(s) niño(s) en mi aparato de mensajes, no se dejara ninguna otra información concerniente a la privacidad de mi familia.

Nombre paciente: _____

La relación con paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

24 Horas para Cancelar

Nuestra oficina de Gainesville Pediatric Dentistry tiene una póliza estricta de 24 horas para llamar a cancelar, en caso que usted no pueda venir a su cita dental. Esta póliza nos permite hacer una cita dental a otro paciente. Si usted no avisa con 24 horas para cancelar, nuestra oficina reserva el derecho de cobrarle \$25 de multa para una cita perdida o \$75 para una familia con más de una cita. Si usted pierde 3 citas sin avisarnos con 24 horas, nosotros reservamos el derecho de despedir su familia de nuestra oficina.

He leído y entiendo la póliza de 24 horas para cancelar

Firma: _____

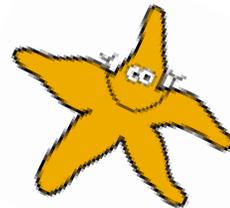
Fecha: _____

Entiendo que bajo la ley de estado (Sección Código de Virginia 32.1-45.1), proveedores de salud están autorizados a hacer análisis de sangre para anticuerpos de HIV o Hepatitis B y C, cuando el doctor o empleado sea expuesto a cualquier fluido corporal de algún paciente en una manera la cual pueda transmitir virus inmunodeficiencia o HIV (el cual causa SIDA) o el virus de Hepatitis B ó C. Acuerdo con esta ley, entiendo que debo dar consentimiento a este test, y también autorizo que le sean otorgados dichos resultados al doctor o persona que haya sido expuesta. Yo también tendré acceso a resultados positivos médicamente necesario y requerido para tratamiento y requerido por ley. Entiendo que me será otorgada la oportunidad de servicio de asistencia en conexión con los resultados de laboratorio.

En el evento de que alguien, sea el doctor o empleado medico sean accidentalmente expuesto a mi sangre o fluido corporal, también doy consentimiento a tener análisis de mi sangre por exposición a Hepatitis y HIV. Los resultados de este test se mantendrán confidenciales. Sin embargo, doy el consentimiento que le sean otorgados dichos resultados a la persona expuesta, a través de su medico.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente(s): _____



Este formulario debe de ser completado por la persona que la información protegida de la salud ha de ser divulgada o por un padre o guardián si la persona es menor de edad bajo la ley del estado

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento : _____ (para identificación)

Le doy autorización a **Gainesville Pediatric Dentistry** para liberar la siguiente información personal de salud para:

(Marque todas las que correspondan)

- Servicio Dental información sobre reclamaciones
- Servicios de venta con receta, de diagnóstico, tratamiento y / o la gestión de la atención
- Comentarios requeridos por HHS u operaciones de atención de la salud que cumple con HIPAA
- Otro (especificar) _____

La información anterior puede ser liberado a través de:

- Teléfono
- Fax
- Correo
- E-Mail
- Amigo o Familiar

Mi Consentimiento

Efectiva: Fecha de hoy _____

Quiero que este consentimiento:

- Continuar indefinidamente
- Efectiva sólo hasta _____ (Fecha)

Entiendo que el consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento. Yo entiendo por qué se me ha pedido dar a conocer esta información y estoy consciente de que mis derechos de los pacientes se identifican en la Comunicación de la práctica de las Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente _____ Fecha _____

O, Guardián / Representante Personal _____ Fecha _____

