

Bienvenido



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).

Fecha: ____/____/____



1. Háblenos acerca de su hijo(a)

Nombre _____
Apellido Nombre 2do. Nombre

Apodo _____ Niño Niña

Fecha de nac. ____/____/____ Edad _____

Teléfono # (____) _____

SS# _____

Dirección _____

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. ____/____/____ Madrastra 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 _____

6. Seguro dental primario

Nombre del seguro _____

Telef. 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 _____

Telef. 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

Mi hijo(a) no tiene ninguna condición medical

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

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 Gainesville 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. Gainesville 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 autorizacion 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 _____



- Leucemia/Anemia
- Hemofilia
- Labio Leporino
- Presión alta/baja
- Huesos artificiales
- HIV/SIDA
- Problemas psiquiátricos
- Desmayos /ataques
- Murmuro del corazón
- Defecto congénito del corazón
- Válvula artificial del corazón
- Cáncer/Tumores
- Diabetes/Hipoglucemia
- Sangrado anormal
- Defectos de nacimiento
- Hepatitis
- Problemas de hígado /riñón
- Tuberculosis TB
- Hiperactividad/ADD
- Retrazo cerebral
- Fiebre reumática
- Cirugías
- Problemas del oído
- Quimioterapia

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

Por favor díganos su hijo(a) esta tomando algún medicamento: _____

GAINESVILLE PEDIATRIC DENTISTRY
Póliza Financiera

Estamos comprometidos a que el tratamiento de su niño sea finalizado satisfactoriamente. Lea por favor y firme nuestra Póliza financiera. 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, Visa, Mastercard, y CareCredit.

Tenemos contrato con las compañías de seguros siguientes:

- 1.) Delta Dental (Sólo PPO)
- 2.) Metlife (Sólo PPO)
- 3.) Medicaid de Virginia
- 4.) United Concordia (Tricare/Militar Activo)

Si usted tiene cualquiera de las compañías de seguros que están listadas arriba, usted no es requerido a pagar la deuda entera 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.

Planes de pago

Si su niño/niños necesita(n) tratamiento dental extenso. Ofrecemos CareCredit que es un programa conveniente de pagos mensuales bajos, diseñado específicamente para pagar por servicios de salud. Si usted no es aprobado para CareCredit, un plan a corto plazo de mensualidad puede ser arreglado con el gerente. Una tarjeta de crédito debe ser colocada en el archivo para pagar en plazos mensuales.

Balance atrasado

Usted es responsable de cualquier balance en su cuenta después de 30 días, así el seguro ha pagado o no. Si usted no ha pagado su balance dentro de 60 días un cargo financiero de 1,5% será añadida a su cuenta cada mes hasta que sea pagado. Estaremos contentos de mandarle un reembolso a usted una vez seguro nos ha pagado.

Cualquier balance que no haya sido pagado en 90 días, recibirá una carta de aviso final antes de mandar a colecciones. En el caso que usted sea enviando a colecciones, usted será responsable de todo el costo incurrido en colecciones por su deuda. Esto incluye: el interés de 1.5% de balance no pagado desde la ultima fecha de servicios, los honorarios del abogado y costos de la corte.

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

Firma _____

Fecha. _____

GAINESVILLE PEDIATRIC DENTISTRY

13555 Wellington Center Circle

#105

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 a 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 Pediatric 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

Gainesville tiene una póliza estricta de 24 horas para llamar a cancelar, en caso que usted no pueda venir a su cita dental. Esto nos permite hacer una cita dental a otro paciente. Si usted falla en cumplir esta poliza nuestra oficina cargara su cuenta \$25 POR PACIENTE. Hemos adoptado una póliza de cero-tolerancia para las citas rotas que no han sido canceladas con 24 horas de anticipación. **Por esta razón, si una cita dental se pierde sin avisar con 24 horas de anticipación 3 veces, nosotros ya no podremos proporcionar cuidado dental a usted.**

He leído y he entendido la póliza estricta de 24 horas.

Firma: _____

Fecha: _____

Formulario de Privacidad (HIPAA)

*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 de el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Le doy autorización a Gainesville Pediatric Dentistry para liberar los registros dental incluyendo: rayos-x, historia medical y información sobre seguridad. Le doy permiso que manden mi información solamente a las oficinas mutuo con el paciente como: Ortodontistas, Cirujanos y Endodontistas. Etc.

(Marque todas las que correspondan)

Servicio Dental información sobre reclamaciones

Recetas, Diagnósticos, Tratamiento, y/o la gestión de la atención

La información anterior puede ser liberado a través de:

Teléfono Fax Correo E-mail Amigo o Familiar

Mi consentimiento es efectivo : **Fecha de hoy:** _____

Quiero que este consentimiento:

Continuar Indefinidamente Efectiva solo 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 padre o guardián: _____ Fecha: _____

Si paciente es MAYOR de los 18 anos

Firma del paciente: _____ Fecha: _____