



Smile Reef

Fecha:

Registro de Pacientes

Imprime

Nombre del Paciente _____	Apodo _____	FDN _____	Sexo _____
Domicilio _____		Código Postal _____	
Nombre de la Calle _____	Apt/Unit# _____	Ciudad _____	Estado _____
Nombre del Padre _____	FDN _____	Nombre de la Mama _____	FDN _____
Padres estado civil _____ Domicilio (si estan separados) _____			
Empleador del Padre _____	Seguro Social # _____	Número Movil # _____	
Empleador de la Mana _____	Seguro Social # _____	Número Movil # _____	

Asegurancia Primario

Nombre de Suscriptor _____	FDN _____	Seguro Social # _____
Nombre de Asegurancia _____	Empleador de Suscriptor _____	
Numero de identificacion # _____	Numero de grupo # _____	

Asegurancia Secundario

Nombre de Suscriptor _____	FDN _____	Seguro Social # _____
Nombre de Asegurancia _____	Empleador de Suscriptor _____	
Numero de identificacion # _____	Numero de grupo # _____	

Smile Reef puede enviarle por correo electrónico cualquier información personal que se consienta (por ejemplo, recibos, facturas, planes de tratamiento, cartas, etc.) relacionadas con la atención dental de su hijo(a). Su información sólo se utiliza para las comunicaciones con usted y otros profesionales de la odontología. NO compartimos ni vendemos ninguna información persona.

Correo Electrónico _____ (Imprime Claramente) Número Movil # _____ (texto y conrimar citas)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES/TUTORES QUE ACOMPAÑAN AL NIÑO/A

Yo autorizo al dentista y personal de Smile Reef para realizar ayudas diagnósticas, incluyendo un examen, radiografías, fotografías, modelos, limpiezas y tratamientos de fluoruro, cuando sea necesario, como el estándar de cuidado para diagnosticar correctamente y grabar cualquier y todas las condiciones dentales. Yo autorizo mi compañía de seguros a pagarle a Smile Reef todos los beneficios de seguro. También autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados o no esté cubierto por mi seguro, todos los cargos rotos de la cita y todos los cargos de servicio por pago tardío. También entiendo que obtener cobertura de seguro y información sobre beneficios es mi responsabilidad y no la responsabilidad de Smile Reef. Este consentimiento permanecerá vigente a partir de la fecha indicada hasta que se cancele por escrito.

Firma Autorizada _____

Relacion con el niño(a)

Fecha



Fecha: _____

PERSONAL

Nombre del Paciente _____ Edad _____ FDN _____
Apodo (si tiene) _____ Sexo _____ Lugar de Nacimiento _____
En que esta su hijo(a) interesado? _____
Doctor de Pediatría _____ Número # _____
Dentista Familiar _____ Número # _____

MÉDICO

POR FAVOR MARQUE INDIVIDUALMENTE CADA UNO CÍRCULO

¿Su hijo ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas médicos?

Table with 4 columns of medical conditions and 'S'/'N' response options. Includes: Alergias a comida, Síndrome de Down, Hospitalizado o operaciones, etc.

Otros problemas médicos: _____

¿Está el niño(a) en buena salud? _____

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido hospitalizado (durante la noche) si es así, cuándo y por qué? _____

¿Ha tenido su hijo reacciones desfavorables a medicamentos, antibióticos o anestésicos? S N Cuál? _____

¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? S N Cuál? _____

¿Está su hijo tomando algún fluoruro suplementario? S N Si es así, ¿cómo? Tabletas, gotas, agua, vitaminas (circule por favor)

¿Su hijo(a) tiene problemas respiratorios? S N Respira principalmente a través de; Nariz o boca (circule por favor)

¿Su hijo(a) ronca pro la noche? S N

HÁBITOS

¿Su hijo(a) ha tenido o tiene alguno de los siguientes hábitos?

Table with 4 columns of habits and 'S'/'N' response options. Includes: ¿Se chupa de dedo?, ¿Su hijo(a) actualmente amamantar?, etc.

HISTORIA DENTAL DEL NIÑO

¿Ha visto su hijo(a) antes de un dentista? S N

En caso afirmativo, mes/año aproximado de la última visita: _____ Donde? _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguna experiencia desfavorable? S N

¿Tiene su hijo algún problema dental actualmente? S N

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Ayuda a su hijo(a) a cepillarse los dientes? S N Cuantas veces al dia _____

¿Ayuda a su hijo(a) a usar hilo dental? S N Cuantas veces al dia _____

¿Cómo cree que su hijo(a) actuará hacia el dentista? _____

¿Propósito de la visita dental de hoy? _____

Iniciales del Guardián _____ Fecha _____ Iniciales del Doctor _____ Fecha _____

Iniciales del Guardián _____ Fecha _____ Iniciales del Doctor _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL EXAMEN

CONSENTIMIENTO DEL EXAMEN

Entiendo que al firmar a continuación, solicito y autorizo el procedimiento a realizar y he leído y comprendido el posible riesgo y las complicaciones del procedimiento.

RAYOS X Y EXMAINACIÓN

Entiendo que mi hijo(a) recibirá un examen dental de un dentista licenciado por el estado, entiendo que mientras se toman radiografías en los dientes de mi hijo(a) que él /ella estará expuesto a una cantidad mínima de radiación como parte de los requisitos necesarios para completar un examen exhaustivo y completo. También entiendo que si estoy embarazada, la exposición a la radiación posee una seria amenaza para la vida y la salud de mi hijo por nacer. Las mujeres embarazadas están obligadas a tener una liberación médica de su médico antes de las radiografías y el tratamiento dental.

CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar procedimientos o agregar procedimientos debido a las condiciones descubiertas mientras se trabaja en dientes que no se encontraron durante el examen. Entiendo que puede haber cambios imprevistos que pueden ocurrir durante el tratamiento. Entiendo que siempre que sea posible, se me informará de cualquier cambio de tratamiento con antelación. Doy mi permiso al dentista para que pueda cualquier o todos los cambios y adiciones según sea necesario.

MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas; Smile Reef y el dentista tratante no son responsables de ninguna reacción alérgica que tenga lugar durante este procedimiento.

RECONOCIMIENTO DE HIPPA

Reconocimiento del paciente de la notificación de prácticas de privacidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) requiere que a partir del 14 de abril de 2003, los pacientes reciban una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.

Si haría favor de escriba su nombre.

Yo, _____ reconozco que he recibido de esta oficina una copia de la notificación de prácticas de privacidad de la oficina.

(Firma Autorizada)

(Relacion hacia el niño(a))

(Fecha)

Gracias por tomarse el tiempo para leer y firmar estos documentos.