**Smart Pediatric Dentistry, LLC.**

Nombre de su niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero Telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_M \_\_\_\_\_\_F

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad\_\_\_\_\_ Grado Escolar \_\_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Dentista que ha visto a su niño\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita dental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Informacion de la Persona Responsible del Niño**

Guardian Legal/Padre del menor es responsible de la cuenta

Estado Civil del Padre: Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_ Separado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_

**Informacion de la Madre:**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero Telefonico de Casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero Telefonico del Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se usa para confirmar citas).

**Informacion del Padre:**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero Telefonico de Casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero Telefonico del Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacion de la Aseguranza:**

**Informacion del Asegurado Primario:**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion con el Niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero del Grupo/Plan\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza Dental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacion del Asegurado Secundario:**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion con el Niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero del Grupo/Plan\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza Dental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacion de un Contacto en caso de Emergencia:**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quien lo Refirio a Nuestra Clinica? Internet\_\_\_\_\_\_\_\_\_Letrero\_\_\_\_\_\_\_Cupon\_\_\_\_\_\_\_\_Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tarifa de Cancelacion:**  Requieremos una noticia de 24 horas si necesita cambiar o cancelar su cita. La falta de notificacion resultara en una tarifa de cita perdida de $25.

**Autorization:**

Doy autorizacion de pago directo a Smart Pediatric Dentistry LLC como parte de los beneficios de grupo atravez de la aseguranza, que de otro manera me serian pagados. Entiendo que soy responsible por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo a Smart Pediatric Dentistry la administracion de medicinas y la utilizacion de medios de diagnostico, fotografias, y procedimientos terapeuticos que sean nescesarios para el tratamiento dental adecuado. La informacion en esta pagina y el Historial Medico/Dental son correctos. Doy autorizacion al dentista para que provea el historial medoci/dental y otra informacion del tratamiento dental de mi niño a otros profesionales de la salud. Entiendo tambien que reportes sobre mi credito pueden ser obtenidos. En cas ode que el pago total no sea hecho, estoy de acuerdo en pagar el costo de coleccion, incluyendo el 40% para la agencia de collectiones, pago a abogados, corte e interes al 1.5% por mes (18% por año). En caso de una devolucion de cheque, estoy de acuerdo en pagar el cargo de $25. Pago es necesario al momento del servicio. Si tiene aseguranza con gusto procesaremos sus cargos, pero requerimos que pague su parte que la aseguranza no cubre, deducibles u otro pago al momento de su cita.

Signature of Responsible Party\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Historial Medico y Dental**

**Nombre del Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gender:** □ Femenino □ Masculino

**Favor de llenar la siguiente informacion que nor permitira atender mejor a su niño:**

Cual es la razon principal por la cual ha traido a su niño aqui con nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ha tenido su niño alguno de los siguiente padecimientos:** | **Si** | **No** | **Comentario** |
| Soplo al Corazon |  |  |  |
| Enfermedades Congenitas del Corazon |  |  |  |
| Asma, Fibrosis Quistica, Enfermedades Respiratorias |  |  |  |
| Diabetes, Enfermedades de la Tiroides u otra Glandula Endocrinal |  |  |  |
| Enfermedades del Higado/Hepatitis |  |  |  |
| Enfermedades del Riñon |  |  |  |
| Enfermedades de la piel, huesos, o articulaciones |  |  |  |
| Epilepsia, convulciones, perdida del conocimiento |  |  |  |
| Paralisis Cerebral u otra enfermedad Neurologica |  |  |  |
| Enfermedades de transmission sexual o VIH |  |  |  |
| Anemia, Hemofilia u otras enfermedades de la sangre |  |  |  |
| Aenfermedades de las celulas Falciformes |  |  |  |
| Cancer |  |  |  |
| Impedimiento del habla |  |  |  |
| Impedimiento del oido |  |  |  |
| Impedimiento visual |  |  |  |
| Dolores de la cabeza frequentes |  |  |  |
| Enfermedades mentales/retraso de desarrollo |  |  |  |
| Autismo, transtorno por defecit de atencion |  |  |  |
| Infecciones frecuentes |  |  |  |
| Ha recibido su niño transfuciones de sangre u otro producto sanguineo? |  |  |  |
| Ha sido su niño hospitalizado alguna vez? |  |  |  |
| Ha tenido su niño alguna vez cirugia? |  |  |  |
| Esta tomando su niño algun medicamento? |  |  |  |
| Si es asi, cual es el nombre del medicamento? | | | |
| Padece su niño de alergias a alimentos, animales, medicinas, o contaminantes ambientales? |  |  |  |
| Si es asi, especifique a que tipo de comidas, animales, medicinas, o contaminantes: | | | |

Hay alguna otra enfermedad medica que debemos daber antes de atender a su niño? □ No □ Si, por favor especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cual es el nombre y numero telefonico del pediatra principal de su niño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ha tenido si niño alguno de los siguientes padecimientos dentales:** | **Si** | **No** | **Comente** |
| Dolor de muelas |  |  |  |
| Inflamacion de boca o cara |  |  |  |
| Lastimadura a los dientes o cara |  |  |  |
| Una experiencia dental mala |  |  |  |
| Hay fluoruro en su agua |  |  |  |
| Se chupa el dedo |  |  |  |
| Padece de otra condicon dental |  |  |  |

## Cual de las siguientes categorias describe mejor a los habilidades de aprendizaje de su niño? □ Lento □ Normal □ Avanzado

Cual piensa sera el comportamiento de su niño en esta visita? □ Portar Bien □ Inseguro □ No va a cooperar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Padre o Guardian Revisado por Fecha

**Smart Pediatric Dentistry LLC**

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS**

**\*\*Pede Rehusarse a firmar este acuso\*\***

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he recibidio una copia del Aviso de Practicas Privadas de esta clinica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Imprima su nombre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Fecha)

## **Para Uso Oficial de la Clinica**

Hemos intentado obtener por escrito el Acuse de Recibo de Practicas Privadas, pero no se pudo porque:

* El individuo se rehusa a firmar
* Existen barreras de comunicacion que prohiben obtener el acuso
* Una emergencia nos brohibio obtener el acuso
* Otro (por favor especifique)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_