



PAQUETE DE PACIENTE NUEVO



Fecha _____
 Nombre del Paciente _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal

Apodo _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Escuela Actual: _____

¿A quién le agradecemos que te haya referido a nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Residencia _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección de Envío _____
Calle Ciudad Código Postal

¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Teléfono Móvil _____ Correo Electrónico _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ No. Años Empleado _____

Nombre de Esposo/a _____ Relación al Paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ No. Años Empleado _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono del Trabajo _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no vive con usted _____

Dirección _____
Calle City Zip

Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Subscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

¿Tienes doble cobertura? Si _____ No _____ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Suscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ No. de Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Subscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

¿Tienes doble cobertura? Si _____ No _____ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Suscritor de Póliza: _____

Nombre de la Compañía del Seguro _____ No. del Grupo _____ No. de Identificación _____

Dirección del Seguro _____ No. de Teléfono _____

HISTORIA DE SALUD	
Nombre Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:
Doctor Primario (Nombre Y Número Telefónico):	
Corazón / Cardiacos	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Prolapso De Válvula Mitral <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta/Baja <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique: _____
Riñones	<input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique: _____
Hígado / Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Reflujo (Agrietas) <input type="checkbox"/> Estomago/ Intestinos <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique: _____
Endocrinos	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique: _____
Hematológico	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciforme <input type="checkbox"/> Sangrado Profusa o Prolongado <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre – Fechas: _____ <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique: _____
Pulmones / Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias/ Erupciones Causadas por Alergias <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Tos Crónica <input type="checkbox"/> Fiebre o Catarro del Heno <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique: _____
Neurólogo	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Atraso en el Desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno del Habla <input type="checkbox"/> Anomalías Nerviosas <input type="checkbox"/> Trastorno Mental <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Daño Cerebral <input type="checkbox"/> Desmayos Por Favor Explique: _____
Auditivos / Oculares	<input type="checkbox"/> Problemas de Visión <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Dolor de Visión <input type="checkbox"/> Dolor de Oído <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva <input type="checkbox"/> Otros Por Favor Explique: _____
Dérmicos / Osteomusculares	<input type="checkbox"/> Alergia al Látex <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Ampollas de Fiebre <input type="checkbox"/> Herpes Labial <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique: _____
¿Tiene su niño(a) algún otro problema de salud, condición o enfermedad que no haya incluido o descrito anteriormente? Por Favor Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamentos (Nombres y Dosis): Por Favor Liste Todos Tomados, Incluyendo Vitaminas y/o Suplementos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) tiene algunas alergias a alguna comida o medicamentos? Por Favor Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) ha estado hospitalizado durante la noche desde nacer? Si sí, ¿Cuándo?: ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) ha tenido alguna cirugía? Si sí, ¿Cuándo?: ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) ha tenido terapia de radiación o quimioterapia? Si sí, ¿Cuándo? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) utiliza o emplea Tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) tiene sida o ha sido diagnosticado como VIH positivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es su niño(a) adoptado? ¿Se encuentra su niño(a) enterado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Únicamente para pacientes femeninas: ¿Se encuentra embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niña ha empezado su ciclo menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historia Dental			
¿Cuál es su preocupación primaria de la salud oral de su niño(a)?			
¿Cómo describirías?: ¿La salud bucal de su niño(a)? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal ¿La salud bucal de usted? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal			
¿Qué tan seguido su niño(a) se lava los dientes? _____ Veces por _____. ¿Alguien ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Qué tan seguido su niño(a) usa el hilo dental? _____ Veces por _____. ¿Alguien ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha existido algún tipo de traumatismo dental, caída de dientes, golpes o fisuras? ¿cuándo? Por Favor Explique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Qué tan frecuente su niño(a) tiene o toma de lo seguido? Dulces: <input type="checkbox"/> Rara la vez <input type="checkbox"/> 1-2 veces al día <input type="checkbox"/> 3+ veces al día Producto _____ Chicle: <input type="checkbox"/> Rara la vez <input type="checkbox"/> 1-2 veces al día <input type="checkbox"/> 3+ veces al día Tipo _____ Botanas entre comidas: <input type="checkbox"/> Rara la vez <input type="checkbox"/> 1-2 veces al día <input type="checkbox"/> 3+ veces al día Botana Usual _____ Bebidas* <input type="checkbox"/> Rara la vez <input type="checkbox"/> 1-2 veces al día <input type="checkbox"/> 3+ veces al día Producto _____ (*tal como jugo, bebidas sabor a fruta, refresco, bebidas gaseosas, bebidas energizantes) Por favor note otros hábitos dietéticos significantes: _____			
¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de trabajo dental en el pasado? ¿Cuándo? _____ Si sí, Explique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de experiencia difícil en cuanto a tratamientos dentales en el pasado? Si sí, Explique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene su niño(a) alguna caries?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cómo usted cree en cómo va responder su niño/a al tratamiento dental? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Algo Pobre <input type="checkbox"/> Pobre			
¿Usted tiene alguna preocupación sobre la apariencia de los dientes de su niño(a)? Si sí, explique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted siente que la quijada de su niño(a): <input type="checkbox"/> Salen demasiado para adelante <input type="checkbox"/> Están a buen ángulo <input type="checkbox"/> Están apachurrados <input type="checkbox"/> Están separados <input type="checkbox"/> Se superponen demasiado al morder <input type="checkbox"/> No se superponen al morder <input type="checkbox"/> Se inclán demasiado atrás <input type="checkbox"/> Mandíbula superior demasiado angosta <input type="checkbox"/> Mandíbula superior demasiado ancha			
Usted siente que los dientes de su niño(a): <input type="checkbox"/> Demasiado adelante <input type="checkbox"/> Demasiado atrás <input type="checkbox"/> Parece estar bien			
¿Se siente descontento con la sonrisa de su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El dentista anterior de su niño(a) recomendó frenos anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Algún familiar en su familia, o la familia de su niño(a), ha tenido cirugía de la mandíbula ortognática? Si sí, ¿Quién?: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Algún familiar en su familia, o la familia de su niño(a), ha tenido tratamiento de ortodoncia? Si sí, ¿Quién?: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Existe algún tipo de información adicional que deberíamos saber? Si sí, Explique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
_____	_____	_____	_____
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	PRINTED NAME	(RELATIONSHIP TO PATIENT)	DATE

POLÍTICAS FINANCIERAS Y ACUERDO

Política cita perdida

Trabajamos diligentemente para ver todos nuestros pacientes de manera oportuna. Las citas perdidas nos dejan agujeros en nuestro programa que no nos permite brindar una atención oportuna a los niños de nuestra comunidad. Las citas perdidas perjudican a todos. Por lo tanto, hemos establecido una "Política cita perdida", que establece que **las citas no canceladas dentro de las 48 horas de antelación mínimo se cobrará una cuota de \$ 50.00.** En el caso de que se olvida de 2 citas, que dará a conocer paciente de la oficina y ser felices para reenviar la historia del paciente a su consultorio dental de preferencia.

Ha fallado la sedación oral y Nombramientos Operativos

Debido a la gran demanda de citas de sedación, hemos implementado una "Política citas quirúrgica / Operativa" para animar a los pacientes a mantener sus citas. Si no puede asistir a su cita, debe llamar a un mínimo de 72 horas de antelación. Si no tenemos un preaviso de 72 horas de cancelación, se le cobrará **\$200 no reembolsable "tasa de nombramiento quirúrgico/Operativo fallado".**

Pago / póliza de seguro

Como cortesía, presentamos las reclamaciones de seguros para nuestros pacientes. **Todas las porciones estimadas de pacientes deben ser pagados al momento del servicio.** Esta cantidad es una estimación de su copago y trabajamos duro para que esto lo más preciso posible. **Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su seguro.**

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard. También ofrecemos financiación a través de CareCredit e In-House financiación.

Yo entiendo que soy responsable del pago de todos los honorarios para el tratamiento dental que no están cubiertos por el seguro médico o dental del paciente. El padre o tutor que acompaña al paciente a la cita serán responsables de porciones estimadas en el momento del tratamiento, a menos que se han hecho arreglos previos. Estoy de acuerdo en que, si la cuenta se refiere a la colección, que será responsable de todos los cargos colecciones incluyendo los honorarios del abogado.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

Oregon Pediatric Dental Care LLC

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

* Usted puede negar firmar Esta Confirmación *

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de esta oficina
 << Cliente de facturación Nombre >> << factura correspondiente Apellido >>
Prácticas de privacidad.

Por favor imprima << Cliente de facturación Nombre >> << factura correspondiente Apellido >>

Firma

Fecha

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un recibo por escrito de nuestra Notificación de Practicas de Privacidad, pero no se puedo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento
- Otro (Por favor especifique)

Testigo: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Consentimiento para el Tratamiento

Consentimiento para Examinar

Nuestra política es mantenerlo informado e involucrado en el progreso dental de su hijo. Un examen típico consiste en instrucciones de higiene oral, limpieza de los dientes, aplicación de un fluoruro tópico, radiografías y examen de los dientes, tejidos duros y blandos de la boca, mordedura y mandíbula. Excepto en una situación de emergencia o si se localiza una enfermedad existente, no se realizará ningún tratamiento adicional durante un examen. Sin embargo, después del examen, crearemos un plan de tratamiento que puede incluir rellenos, gorras, extracciones, etc., y solicitaremos su consentimiento antes de realizar el tratamiento identificado. Los planes de tratamiento pueden cubrir múltiples visitas y una vez que se obtiene el consentimiento; No buscaremos el consentimiento nuevamente a menos que el plan de tratamiento cambie. Al firmar doy mi autorización a Oregon Pediatric Dental Care, quien maneja las siguientes prácticas, Oregon Family Orthodontics, Newberg Kids' Dentist, Springfield Kids' Dentist y Eugene Kids' Dentist para realizar los tratamientos necesarios.

_____	_____	_____
Firma	Relación con el Paciente	Fecha

Consentimiento Alternativo

Reconocemos que no siempre es posible que el padre o tutor legal acompañe a un niño a su cita o esté disponible para brindar consentimiento para el tratamiento. Para asegurarnos de que el niño pueda continuar su cuidado, nos gustaría saber si hay otras personas autorizadas para dar su consentimiento para el tratamiento de su hijo. Al firmar a continuación, usted autoriza a la (s) persona (s) listadas a dar su consentimiento para el tratamiento médico / dental recomendado, que incluye, entre otros, el diagnóstico, la aplicación de tratamientos tópicos (fluoruro, selladores), radiografías, anestesia y procedimientos dentales invasivos. Esta autorización permanecerá vigente hasta que nos notifique por escrito sobre cualquier cambio.

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____	_____	_____
Firma	Relación con el Paciente	Fecha