



Nombre del Paciente _____ Nombre Preferido _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Peso _____ Escuela _____

El Niño vive con: Ambos Padres _____ Madre _____ Padre _____ Otro _____

Nombres y edades de hermanos y hermanas _____

Médico del niño _____ Fecha del último examen físico _____

Dentista anterior _____ Fecha del último examen dental _____

A quién podemos agradecer por referirio? _____

Si se refiere a otro dentista, cuál es el motivo de derivación? _____

INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

Madre/Tutor Nombre _____ dirección de correo electrónico _____

Dirección de correo _____

_____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de la célula _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador _____ Oficio _____ Numero de años empleado _____

Padre/Nombre del Padre Otros _____ dirección de correo electrónico _____

Dirección de correo _____

_____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de la célula _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador _____ Oficio _____ Numero de años empleado _____

Estado civil de los padres: Casado _____ Divorciado _____ Separado _____ Individuo _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Primaria Co Seguro Dental _____ Grupo# _____

Nombre del asegurado _____ FDN _____ AseguradoID#/Healthwave ID# _____

Empleador del asegurado _____ Teléfono _____

Secundaria Co Seguro Dental _____ Grupo# _____

Nombre del asegurado _____ FDN _____ AseguradoID#/Healthwave ID# _____

Empleador del asegurado _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano o un amigo que no viva con usted _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Teléfono _____

_____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SALUD DEL PACIENTE/HISTORIA DE LA MEDICINA (CONTUACIÓN)

Hay algún antecedente de morderse las uñas del pulgar, o chuparse el dedo, respiración bucal, el uso del chupete? (Marque con un círculo) el pasado/actual () ()

Tiene él/ella Rechina o aprieta los dientes? () ()

Han sido usados los aparatos de ortodoncia ahora o nunca? () ()

Hay antecedentes de trauma o lesión a los dientes, la mandíbula o la cabeza? () ()

Por favor, explique _____

Tiene su hijo se lave/los dientes diariamente? () ()

Hace un adulto a niño con el cepillado? () ()

Está su niño actualmente materna o biberón? () ()

A qué edad el/ella parar? _____

Podría describir a su hijo a ser () Nervioso () Highstrung () Hiperactividad () Tímido () Miedo () No coopera () Negativo () Otros _____

Desarrollo intelectual: () Avanzado (Tarifa) Normal () Retraso Si su hijo está en un programa educativo especial o de la estructura, por favor _____

Gracias por responder a las preguntas con cuidado en este formulario. Si hay alguna información que usted considere que nos ayuden en el tratamiento de su niño o hacer que su experiencia dental más cómodo, por favor, añadir aquí.

CONSENTIMIENTO

La firma del padre o tutor a continuación autoriza la realización de todos consenso sobre su tratamiento dental y el uso de métodos apropiados y aceptables para llevar a cabo la misma. Tenga en cuenta que los padres llevar al niño para el cuidado dental debe ser legalmente responsable del pago de todos los cargos.

Por la presente autorizo al personal de esta oficina para el cumplimiento de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental apropiado. También doy permiso para compartir información sobre mi hijo a mi odontólogo, otras partes afectadas y mi compañía de seguros. A lo mejor de mi conocimiento, toda la información como respuesta a este formulario es correcta. Voy a informar a la oficina de Sonrisas Pediátrica de cualquier cambio en el estado de salud y/o uso de medicamentos y cualquier otra información de seguros aplicables. Yo autorizo el pago de todos los reembolsos de los seguros directamente a Sonrisas Pediátrica, Anita Murray-Clary, DDS. Entiendo perfectamente este consentimiento y no tengo más preguntas. Entiendo que se le solicitará periódicamente para completar un nuevo formulario, o, a discreción de las Sonrisas Pediátrica. Finalmente, acepto la responsabilidad por el pago de los servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro.

Fecha _____ Firma del padre o tutor legal _____

Revisión Periódica de Información al Paciente (A ser revisado/firmado después de la visita inicial)

He realizado cambios en la forma paciente la información original. A lo mayor de mi conocimiento, la información contenida en es formulario es correcta a partir de la fecha de mi firma.

<u>Fecha</u>	<u>Firma del padre o tutor legal</u>
_____	_____
_____	_____



Escrito Política Financiera

En Pediátrica Sonrisas creemos que su hijo se merece la mejor atención. Es por eso que siempre se le presentará la mejor solución posible para el tratamiento dental de los niños de su situación personal. Nuestra misión principal es ofrecer la más completa de tratamientos dentales disponibles y mejores. Una parte importante de la misión es que el costo de la atención óptima lo más fácil y manejable para nuestros pacientes como sea posible al ofrecer varias opciones de pago.

Opciones de pago:

Puede elegir entre:

- Efectivo, cheque, transferencia bancaria, Visa, MasterCard o Discover Card
- Ofrecemos un ajuste contable de turismo 5% de los pacientes que pagan sus estimados parte del paciente completa (mínimo de \$ 300) en efectivo o cheque dos semanas antes del tratamiento.
- Pago mensual convenientes planes¹ de CareCredit
 - Mínimos de compra de \$ 300
 - Plan de pago en 6 o 12 meses sin intereses
 - Sin cargos anuales o de pago de las sanciones antes

Tenga en cuenta:

Sonrisas Pediátrica exige el pago del 50% de su porción de pacientes estimado antes del inicio del tratamiento. Si decide dejar de atención médica antes de que termine el tratamiento, usted recibirá un reembolso menos el costo de la atención recibida. Para los planes que requieren varias citas, el pago de los arreglos alternativos pueden ser proporcionados. Cobramos 10% de interés en todas las cuentas de más de 60 días antes de la fecha de la notificación. cuentas en mora será entregado a un abogado de recogida y usted se compromete a pagar todos los costes de recogida, incluyendo pero no limitado a los costos judiciales y honorarios de abogado razonables.

Para los pacientes con seguro dental estamos encantados de trabajar con su compañía para maximizar su beneficio y directamente proyecto de ley que para el reembolso de su tratamiento.²

Sonrisas Pediátrica cobra \$25 por cheques devueltos.

Gracias por elegir Pediátrica Smiles. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.

Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

¹ Sujeto a aprobación de crédito

² Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de 60 días, usted será responsable por el pago de sus cuotas de tratamiento y recogida de sus beneficios directamente de su compañía de seguros.



ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia o tenido la oportunidad de revisar la efectiva notificación en la actualidad de prácticas de privacidad de Anita C. Murray-Clary, DDS

Nombre del paciente _____
APELLIDO PRIMER MI

Por favor escriba su Nombre _____
APELLIDO PRIMER MI

Su Signature _____

Fecha de Hoy _____

No escriba debajo de - Sólo para uso oficial

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- Individuales se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro(Especificar) _____

Recibido por _____ Fecha _____

785-272-6060 • Fax 785-272-6195 • 6231 SW 29 Street,, Suite 100 • Topeka, KS
66614

asmileisforever.com