



# PEDIATRIC DENTISTRY OF SHERMAN

2803 Loy Lake Rd ~ Sherman, TX 75090 ~ (903) 892-2246

NOS GUSTARÍA DARLE LA BIENVENIDA A SU FAMILIA A NUESTRA OFICINA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Información de su hijo:

Nombre: \_\_\_\_\_  M  F Apodo: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: (que no viva con usted): \_\_\_\_\_

Médico del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado del Médico: \_\_\_\_\_ Peso actual del Niño: \_\_\_\_\_ ¿Su hijo tiene alergia al látex?:  NO  SI

Por favor **indica** si/no su niño ha sido tratado por cualquier de las siguientes:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ADD / ADHD            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Labio Leporino/Hendido | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otros problemas      |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA /HIV             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Retardos Físicos     |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Corazón     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Embarazos            |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza    |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Autismo / Asperger    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis (Tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática     |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Renal       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ataques / convulsión |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer / Tumores      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad hígado / GI | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Habla / Audición     |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cerebral Parálisis    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Retrasos Mental        |  |

Por favor explique cualquier enfermedad seleccionado anteriormente:

\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguna vez algún problema de salud?  NO  SI, Explique,

\_\_\_\_\_

¿Hubo problemas al nacer?  NO  SI Explique, \_\_\_\_\_

¿Es su niño alérgico a algo?  NO  SI Explique, \_\_\_\_\_

Estado su niño hospitalizado?  NO  SI Explique, ¿Está tomando su niño algún medicamento?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes hábitos?  Chupando el dedo / labios  Chupete

Empuje de la lengua  Rechinando los dientes

¿Ha tenido su niño alguna reacción desfavorable de alguna oficina dental?  Si  No

Explique \_\_\_\_\_

Díganos sobre los Intereses, pasatiempos, cosas favoritas de su niño:

\_\_\_\_\_

**Madre / Tutor Padres:**  Madre  Madrastra  Abuela  Guardián  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle / RR / # caja                      Ciudad Estado                      postal

Número de Licencia: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Padre / Tutor Padres:**  Padre  Padrastro  Abuelo  Guardián  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle / RR / # caja                      Ciudad Estado                      postal

# Licencia: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA** (que no viva con usted):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

◇ **AUTORIZACIÓN PARA EXAMEN DENTAL Y TRATAMIENTO DE UN MENOR** ◇

Anote todos los hijos que tratamos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Féc. de Nac: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Féc. de Nac: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Féc. de Nac: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Féc. de Nac: \_\_\_\_\_

**¿Quién más autoriza usted atraer a sus hijos para el tratamiento?**

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Relación? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Relación? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Iniciales

Yo soy el padre / tutor del menor arriba mencionado (s). Por la presente autorizo y consiento a cualquier x- rayos, exámenes, anestésico, sedante o tratamiento dental prestados bajo la supervisión general, directa o indirecta, del Dr. Robert Williamson, DDS, MS y sus asociados, los miembros del personal, o agentes, que estime necesaria. Yo autorizo al personal dental en Pediatric Dentistry of Sherman, PA para realizar cualquier y todos los tratamientos para mi niño arriba mencionado (s) y el consentimiento a tales métodos, drogas y agentes que puedan indicarse en relación con su cuidado dental.

◇ **RESPONSABILIDAD FINANCIERA** ◇

Medicaid  MCNA  DentaQuest # \_\_\_\_\_  SoonerCare # \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Féc. De Nac: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Empleador Suscriptor: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Segú. Teléfono # \_\_\_\_\_ MEM # \_\_\_\_\_ GRP # \_\_\_\_\_

Iniciales

Asumo la responsabilidad financiera de todos los tratamientos dentales y medicamentos proporcionan para mi hijo (a), y Entiendo que el pago se espera en la fecha y antes de proporcionar servicios. Autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones seguros y autorizo el pago directo a Pediatric Dentistry of Sherman, PA para los beneficios dentales que mi seguro pagar. Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la factura total de los servicios y por lo tanto yo soy el último responsable del pago de los servicios prestados.

Iniciales

◇ CANCELACIONES ◇

Para poder dar el servir mejor a nuestros pacientes, hemos instituido una política de cancelación. Si usted no puede asistir a su cita, por favor póngase en contacto con nosotros las 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar. Su cita también será considerada "perdido" si usted es diez o más minutos de retraso. Nuestra política es que un paciente sólo se le permitirá dos citas perdidas antes de ser marcado como inactivo.

Iniciales

◇ RECONOCIMIENTO ◇

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todas las declaraciones anteriores. Además, afirmo que la información contenida en estas formas es correcta y entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad, y Yo estoy de acuerdo, para informar a esta oficina dental de cualquier cambio en el estatus de mi hijo de la salud, información de seguro y / o información de contacto. Por último, todas las autorizaciones contenidas en el presente permanecerán en vigor hasta que se cancele por mí en escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

*Esta oficina no divulgará ninguna información sobre nuestros pacientes, excepto a los padres, tutores legales,*

*Su compañía de seguros, o para otras oficinas médicas o dentales se refiere, salvo por orden judicial.*

*Robert Williamson, DDS, MS*

**Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

**(Usted puede negarse a firmar este reconocimiento)**

He leído y entendido la declaración anterior y una copia del aviso de esta oficina de prácticas de privacidad que se ha puesto a mi disposición.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre: \_\_\_\_\_

**Para uso de la oficina:**

Intentamos obtener reconocimiento de recibo por escrito de la Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- Individual negó a firmar
- Barreras de comunicación impidieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

# **Pediatric Dentistry of Sherman**

## **Reglas de la oficina**

### **Confirmaciones**

- Todas las citas deben ser confirmadas con 24 horas de antelación. Vamos a hacer una llamada de cortesía de dos días hábiles antes de la cita de su hijo. Si no somos capaces de hablar con usted, nos reservamos el derecho de cancelar la cita de
- **POR FAVOR CONTACTO EE.UU. 24 HORAS DE ANTELACIÓN PARA CONFIRMAR SU CITA.**

### **Cancelaciones**

- Si usted no puede venir a una cita con el dentista, por favor llame a nuestra oficina al menos un día antes de su cita programada. Esto nos ayuda a llenar el tiempo con alguien que ha estado esperando por la atención. Entendemos que hay emergencias que no pueden ser ayudados.

### **Llegar tarde**

- Si llega más de 10 minutos tarde a una cita con el dentista, es posible que no sea visto ese día. Hay pacientes de emergencia en espera en "standby" que se verá en su lugar. \_\_\_\_\_ Iniciales

### **No Presentarse**

- SI CONFIRMA SU CITA OPERATIVA Y NO MUESTRAN NO SEREMOS CAPACES DE REPROGRAMAR SU HIJO. SI NO VEN A SU LIMPIEZA Y EXAMEN POR ENTREVISTA DOS VECES SIN PREVIO AVISO DE 24 HORAS, NOSOTROS YA NO PODER VER A SU HIJO. \_\_\_\_\_ Iniciales

### **Los niños menores de 18 años**

- Los niños menores de 18 años deben ir acompañados por un padre o tutor a la oficina. Usted debe permanecer con su hijo durante la cita. No se puede dejar a su niño y dejarlos sin supervisión. La ley establece que no podemos tratarlos sin el permiso de un adulto responsable. Los niños menores de 18 años que viene sin un padre o tutor no pueden ser vistos en ese día. \_\_\_\_\_ Iniciales

### **Arreglos de cuidado infantil**

- Por razones de seguridad, no podemos tener hijos sin supervisión en la oficina. Por favor haga arreglos previos para la supervisión de sus hijos durante las visitas al dentista.

**SI USTED RECONOCE Y ACEPTA ESTA POLÍTICA, POR FAVOR FIRME ABAJO.**

Gracias por su cooperación y comprensión en este asunto. Con suerte, todos podemos trabajar juntos para mejorar la disponibilidad de servicios dentales para todos nuestros pacientes.

Atentamente,  
Pediatric Dentistry of Sherman

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño

\_\_\_\_\_  
Fecha