



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

## FORMAS DE REGISTRO

### Persona Responsable (Persona de contacto primario para programación de citas y facturas)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_

Números de teléfonos Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos contactar con usted? Teléfono de casa  Teléfono móvil  Email  Mensaje de texto

### Contacto alternativo

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Números de teléfonos Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### COMO ESCHUCHO DE NUESTRA OFICINA? (marque todas las que aplican)

Remitente

Medio de comunicación social

Búsqueda en internet (Google, Yelp, etc.)

Proveedor de seguro

Referido por un paciente: \_\_\_\_\_

Revista/Directorio: \_\_\_\_\_

Referido por su Doctor/Oficina Dental: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Informacion de los niños**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Número de identificación del Medicaid o CHP+ \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Número de identificación del Medicaid o CHP+ \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Número de identificación del Medicaid o CHP+ \_\_\_\_\_

**Asegurancia dental primaria**

Nombre de la asegurancia \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Número de identificación del asegurado \_\_\_\_\_ Si es diferente a la primera parte, favor de completar la información de abajo:

Número de seguro social del asegurado \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

**Asegurancia dental secundaria**

Nombre de la asegurancia \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Número de identificación del asegurado \_\_\_\_\_ Si es diferente de la primera parte, favor de completar la información de abajo:

Número de seguro social del asegurado \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Por favor proporcione a la oficina una copia de su tarjeta de asegurancia. Estas tarjetas contienen información que se requiere para procesar la información necesaria de la asegurancia.

## Póliza financiera de la aseguranza

Estamos dedicados a proveer a nuestros pacientes con el tratamiento óptimo disponible y nos basamos en las decisions sobre lo que es mejor para su hijo(a) y no en lo que va a pagar su aseguranza .

Estamos felices de mandar su bill a la aseguranza como una cortesía para usted. Es su responsabilidad conocer los detalles de su póliza en particular. Vamos a presentar un plan de tratamiento y un estimado de sus gastos. Esto es solo un estimado. Cualquier monto no cubierto por su aseguranza será su responsabilidad.

**Cualquier pago se hará en el momento que los servicios se han realizado. Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales, y tarjetas de crédito.**

**Plan de pago:** Aceptamos Care Credit. Este es un costo efectivo para que usted pague todos los gastos medicos, dentales, etc.

La informacion se puede encontrar en [www.carecredit.com](http://www.carecredit.com).

**Parte financiera:** En 90 dias su aseguranza hára un pago a nosotros. Después de este tiempo cualquier saldo pendiente será su responsabilidad. Cualquier pregunta al respeto con lo que su aseguranza no ha pagado debe dirigirse a su compañía de seguros. Si no hemos recibido el pago de usted después de otros 90 días su cuenta será entregada a una agencia de cobros sin previo aviso y usted será responsable de una comisión de cobro del 35%. En caso de divorcio, el padre que trajo al niño(a) a nuestra oficina sera responsable de pagar el balance.

**Aviso a los padres:** Usted puede permitir que su hijo obtenga premios en su propio riesgo. **Advertencia:** Artículos en el cofre de Tesoro pueden suponer un peligro de asfixia. Premios pequeños no son para niños menores de 3 años de edad. Premios también pueden contener materiales desconocidos y/o perjudiciales. Los padres son responsables y no el personal de Treasured Teeth.

Zona de juegos infantil no es supervisado por el personal de Treasured Teeth; Es la responsabilidad de los padres para monitorear la seguridad de su hijo(a) mientras se encuentra en la sala de espera, en el barco pirata o jugando en los juegos de video. Los padres son responsables de cuidar a sus niños y no el personal de Treasured Teeth.

He leído la política de la oficina y acepto los términos y condiciones.

Firma del padre (tutor): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Política de citas perdidas

Nuestra meta es proporcionar atención dental individualizada de calidad de manera oportuna. No se presenta, muestra tardía y cancelaciones causan molestias a las personas que necesitan acceso a la atención dental. Nos gustaría recordarle nuestra política con respecto a las citas perdidas.

**Cancelación de una cita:** para ser respetuoso con las necesidades de otros pacientes, por favor sea cortés y llame a la oficina del Dr. Tippet's con prontitud si no puede presentarse a una cita. Esta cita será reasignada a alguien que está en necesidad de tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, requerimos que usted llame por lo menos 24 horas por adelantado. Si su cita es Sedación Consciente. Esta cita tiene que cancelar con una semana de anticipación, para Anestesia General, la cita tiene que ser cancelar con 2 semanas de anticipación. Citas están en alta demanda, y la cancelación anticipada permitirá a otros pacientes tener acceso a la atención médica.

**Cómo cancelar su cita:** para cancelar su cita, llame al 303-853-9955 si no llega a la recepcionista, puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz. Si desea volver a programar su cita, por favor deje su nombre y número de teléfono, nosotros le regresaremos su llamada con prontitud.

**Cancelaciones tarde:** se considera que una cancelación es tardía cuando la cita es cancelada sin el aviso anterior, y el siguiente horario de tarifas se aplicará en caso de una cita perdida:

Cita General: \$200.00

Cita de Sedación Consiente: \$300.00

Cita de Anestesia General: \$500.00

**Política de ausencia:** una "ausencia", es un paciente que se pierde una cita sin cancelarla. El hecho de no estar presente en el tiempo de su cita programada será registrado en la carta del paciente como no presente eso incluye llegar 10 minutos después de la cita de su horario.

La primera vez que no se presente, una cancelación tardía o una cancelación sin una excusa razonable no habrá cargo para el paciente. Una segunda ocurrencia dará lugar a una cuota de la visita. La tercera ocurrencia será la cuota de la visita y el paciente puede ser dado de alta de la oficina.

Para la primera visita de nuestros pacientes nuevos si no se presenta o hay una cancelación tardía tendrá un cargo completo de nuevo paciente en su tarjeta de crédito en el archivo.

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

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

Treasured Teeth

Especialista Dental de Pediatría

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**\*\*\* Usted Puede Negarse a Firmar Este Reconocimiento \*\*\***

Yo, (por favor escriba nombre del padre / ttor)\_\_\_\_\_

he recibido una copia del aviso de esta oficina de prácticas de privacidad para leer y / o llevar a casa.

\_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre de su hijo(s)

\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Ttor

\_\_\_\_\_

Fecha de Hoy

**Para uso exclusivo de la oficina**

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a:

\_\_\_\_\_ El individuo se negó a firmar

\_\_\_\_\_ Barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación

\_\_\_\_\_ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

\_\_\_\_\_ Otros (especificar)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

©2002 de la Asociación Americana Dental - Todos los derechos reservados

Se permite la reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal. Cualquier otro uso, reproducción o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la Asociación Dental Americana.



## Forma de Consentimiento: Publicar Fotos/Video de Menores de Edad

**Treasured Teeth** pide su permiso para usar fotos y videos para nuestra pagina de internet, medios sociales y para la comercialización solamente. Es nuestra políza que nunca revelaremos o utilizaremos nombres y apellidos de los menore cuando publicamos fotos y videos.

Los padres tienen el derecho de conceder o rechazar permiso cuando se trata de su niño(s).

- Si, estoy de acuerdo en permitir permiso para que Treasured Teeth tome fotos o video de mi niño(s).
- No, yo no doy permiso para que Treasured Teeth tome fotos o video de mi niño(s).

Nombre de niño(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

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

# Historia Medica

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿Hubo dificultades durante el embarazo, parto, o el primer año de vida? (Incluyendo el nacimiento prematuro) Sí [ ] No [ ]

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Quien es el medico de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿El médico atiende actualmente a su hijo(a) por una enfermedad específica? Sí [ ] No [ ]

En casa afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) esta tomando medicamentos? Sí [ ] No [ ] Por favor escriba \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño(a) hospitalizado en el pasado? Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, indique cuando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su niño(a) ha tenido cirugía en el pasado? Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, indique cuando: \_\_\_\_\_

¿Se utilizó anestesia general? Sí [ ] No [ ] Sí es afirmativo, explique las complicaciones:

\_\_\_\_\_

¿Su niño(a) tiene alguna alergia a algunos medicamentos? Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, indique cuales:

\_\_\_\_\_

¿Su niño(a) es alérgico al látex? Sí [ ] No [ ]

¿Tiene su hijo(a) las vacunas al día? Sí [ ] No [ ]

**¿Alguna vez ha tenido su hijo(a) alguna de estas complicaciones o ha sido diagnosticado con alguna de estas condiciones?**

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Sida/VIH			Dolores de cabeza crónicos			Soplo en el corazón		
Anemia			Infecciones crónicas del oído			Hemofilia		
Asma			Labio leporino			Hepatitis		
Autismo			Enfermedad cardíaca			Hiperactividad		
Condiciones de Vejiga			Retrado en el desarrollo			Enfermedad renal		
Transfusión de sangre			Diabetes			Leucemia		
Defectos de nacimiento			Trastornos emocionales			Retraso mental		
Problema de articulaciones			Epilepsia/convulsiones			Deficiencia nutricional		
Lesion cerebral			Problemas de los ojos			Úlceras orales		
Aparición de moretones			Sangrado excesivo			Ortopédico(a)		
Cáncer			Náuseas excesivo			Fiebre Reumática		
Parálisis cerebral			Desmayos o mareos			Escoliosis		
Abuso infantil			Problemas de crecimiento			Anemia (células falciformes)		
Amigdalitis crónica			Problemas de audición			Tuberculosis		

# Historia Dental

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) ha ido al dentista?.....Sí [ ] No [ ]

¿Cómo escucho de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

1. ¿Cuando fue la ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_  
¿En la ultima visita le tomaron radiografias?..... Sí [ ] No [ ]
2. ¿Su niño(a) ha tenido caries en el pasado?..... Sí [ ] No [ ]
3. ¿Su niño(a) ha tenido problemas con tratamiento dental en el pasado? ..... Sí [ ] No [ ]
4. ¿Su niño(a) ha tenido una experiencia dental negativa en el pasado? ..... Sí [ ] No [ ]
5. ¿Su niño(a) ha tenido selladores puestos por un dentista? ..... Sí [ ] No [ ]
6. ¿Que tan frecuente su niño(a) come dulce/toma bebidas dulces?  
[ ] Casi nunca [ ] Una vez al dia [ ] Frecuentemente
7. ¿Cuantas veces al dia se sepilla los dientes su niño(a)? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuando se sepilla los dientes su niño(a) los dientes?  
[ ] Por la mañana [ ] Despues de comer [ ] Despues de cenar [ ] Antes de ir a dormir
9. ¿Tiene mal aliento su niño(a)? ..... Sí [ ] No [ ]
10. Por favor marque cualquiera de los siguientes hábitos que tiene su hijo(a):  
[ ] Se chupa su niño(a) el dedo pulgar [ ] Se chupa o muerde los labios [ ] Usa chupón  
[ ] Respira por la boca [ ] Toma tetera en la cama [ ] Rechina los dientes
11. ¿Su niño(a) ha tenido experiencias de lastimaduras dentales? [ ] Sí [ ] No en caso afirmativo, indique cuando \_\_\_\_\_
12. ¿Que es los mas importante para usted del cuidado dental de su niño(a) y referente al dentista?  
\_\_\_\_\_
13. ¿Tiene alguna preocupación acerca de su niño(a) relacionada con los  
dientes? \_\_\_\_\_

**Yo doy mi permiso a Treasured Teeth para darme el tratamiento dental para mi hijo(a) que el dentista lo considere necesario y apropiado. El tratamiento de rutina puede incluir: limpiezas, radiografias, fluoruro, anestecia topica y local (inyecciones), oxigeno relajante, etc.**

Firma del padre (tutor) \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_