



Clinica Dental de Niños

132 S Horace ~ Tyler, Tx 75702

DOY PERMISO A ST. PAUL CHILDREN'S DENTAL PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO, REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUE SE JUZGEN NECESARIOS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL MENOR MENCIONADO O YO MISMO, Y TOMAR FOTOS DE USO CLINICO, YO AUTORIZO A ST. PAUL DENTAL PARA HACER PÚBLICA LA INFORMACION PARA RECLAMOS DE SEGURO.

ENTIENDO QUE TRATAMIENTO NO SERA PRESTADO SIN MI CONSENTIMIENTO PREVIO.

NOMBRE DE PACIENTE: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Que nombre prefiere: _____

Peso: _____ Sexo: _____ Raza: _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE: Circule SI o NO

1. Tiene su niño algun problema medico? S N
2. Esta su niño en este momento bajo cuidado medico? S N
3. Tiene su niño o algun familiar historial de sangrado exceso? S N
4. Ha tenido su niño algun problema emocional, mental, o nervioso? S N
5. Tiene su niño alguna condición medica que requiera antibióticos antes de tener tratamiento dental? S N
6. Que medicamentos esta tomando el paciente: _____
7. Alergias a medicamentos: _____
8. Cualquier otra alergia: _____
9. Hospitalizaciones previas: _____
10. Paciente esta embarazada? _____ Fecha: _____
11. Miembro de familia con prueba de tuberculosis positiva: _____
Fecha de prueba: _____ Doctor encargado: _____



FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

FECHA: _____

Ha tenido el paciente alguna de las siguientes condiciones?		Circule	SI o NO		
Corazón	S N	Fiebre Reumática	S N	Síndrome de Down	S N
Pulmones	S N	Problema de lengua	S N	Sangrado exceso	S N
HIV/SIDA	S N	Desmallos	S N	Parálisis Cerebral	S N
Riñones	S N	Diabetes	S N	Labio Leporino	S N
Hepatitis	S N	Paperas/Sarampión	S N	Convulsiones	S N
Audición	S N	Autismo	S N	Tuberculosis	S N
Anemia	S N	Epilepsia	S N	Sinusitis crónica	S N
Asma	S N	Fiebre Escarlatina	S N	Uso de Tabaco	S N
Varicela	S N	Cáncer	S N	Necesidades Especiales	S N

Explique las respuestas contestadas SI: _____

ACEDO A PAGAR POR LOS SERVICIOS RENDIDOS EN LA SIGUIENTE FORMA AL TIEMPO DEL TRATAMIENTO...

- MEDICAID
- CHIP
- ASEGURANSA PRIVADA
- EFECTIVO
- CHEQUE
- TARJETA DE CREDITO

HISTORIAL DENTAL DE PACIENTE: Circule SI o NO

Ha tenido el paciente problemas con anestesia local, Oxido Nitroso (gas de la risa), sedación o anestesia general? S N

Ha tenido el niño mala experiencia dental? S N

Tiene el paciente hábitos como: (chuparse el dedo, morderse las unas, respirar por la boca) S N

Ultimo chequeo dental: Fecha _____ Dentista: _____

Ultimas radiografias dentales : _____

Por favor identifique cualquier problema médico o dental que crea importante para el cuidado del paciente. _____



FIRMA DE PADRE/GUARDIAN



Clinica Dental de Niños

132 S Horace ~ Tyler, Tx 75702

INFORMACION GENERAL: Nombre de Paciente: _____

Padre/ Guardian: _____ Edad: _____

(Circule Uno)

Madre Padre Guardian Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de casa: _____ Numero de Celular: _____

Numero alternativo _____ E-mail: _____

Numero de Licencia _____ Fecha de Nacimiento _____

Otro Padre(Si Aplicable): Nombre _____ Edad: _____

(Circule One)

Madre Padre Guardian Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal : _____

Telefono de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Numero Alternativo _____ E-mail : _____

Numero de licencia _____ Fecha de Nacimiento _____

Quien de sus otros niños hemos mirado anteriormente? _____

Pediatra del niño (doctor): _____

Como supo de St. Paul's Children's Dental Clinic? _____

<u>PACIENTES CON ASEGURANSA PRIVADA SOLAMENTE:</u>
POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION
Nombre de Compania Aseguradora: _____
Dirección de Seguranza: _____
Persona Primaria en póliza: _____
de Seguro Social: _____
Relación con Paciente: _____
Empleador: _____
Dirección de Empleador: _____
Numero de Empleador: _____

He leído y entiendo la notificación de Privacidad HIPPA.

Firma de persona responsable

Persona responsable de pagos?

Firma de persona responsable

SI YO NO ACOMPAÑO A MI HIJO/A,

(NOMBRE DE ADULTO)
PUEDA TRAER A MI HIJO/A A SU CITA Y TOMAR DECISIONES ACERCA DE SU TATAMIENTO DENTAL, O YO MANDARE UN PERMISO FIRMADO CON MI FIRMA, NUMERO DE TELEFONO, Y EL NOMBRE DEL ADULTO ACOMPAÑANDO A MI HIJO/A A SU CITA.

Firma de persona responsable

Fecha

Relación



POLIZA DE NO AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PACIENTE Y LA INSTALACION DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA POLIZA

Para servir mejor a todos nuestros pacientes, es muy importante llenar cada cita con las personas que aparecerán para su designación dada.

Si se olvida de tres (3) citas sin llamar para cancelar o reprogramar antes de su cita, nosotros sólo vemos en caso de emergencia, luego de 30 días desde ese día su carta en nuestras instalaciones permanecerán cerradas.

Si Medicaid es su fuente de seguro y usted falta tres (3) citas es posible que pierda sus beneficios de Medicaid.

Yo _____, entiendo que si no me presento o no aviso de las tres (3) citas, mis hijos ya no podrán ser pacientes de la Clínica Dental de Niños St. Paul y yo podría perder los beneficios de Medicaid.

Al firmar también entiendo que el centro de derechos y pacientes y Responsabilidades de nuestra práctica médica. Estos derechos y responsabilidades se publican en todo momento y una copia se pueden emitir a usted en cualquier momento a petición.

Padre – Madre/ Custodia Legal Fecha

De St. Paul Dental Niños Clínica Práctica Gerente Fecha