



Neal H. Smith, DMD
Amy B. Smith, DMD

(509) 248-2973 Yakima
(509) 933-2646 Ellensburg

www.cwpediatricdentistry.com

SOBRE SU NIÑO

Nombre del paciente _____ Sobre-nombre _____ Masculino Femenino

Fecha de nacimiento ____/____/____ Intereses, deportes, o pasatiempo _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo electrónico _____ Persona responsable de la cuenta _____

Método de contacto preferido para citas: Teléfono / Correo electrónico

Método preferido para enviar la cuenta: Teléfono / Correo electrónico

Nombre del padre/guardián _____ Nombre de la madre/guardián _____

¿EN CASO DE UNA EMERGENCIA A QUIEN DEVEMOS CONTACTAR?

Nombre _____ Número de contacto _____ Relación con el paciente _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

¿A nombre de quién? _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Empleador _____

Compañía de seguro _____ Número de S.S. del subscriptor _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

¿A nombre de quién? _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Empleador _____

Compañía de seguro _____ Número de S.S. del subscriptor _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

¿Su hijo(a) fue referido a nuestra oficina? **SI/ NO** ¿A quién le agradecemos? _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

¿Su hijo(a) está bajo cuidado médico? **SI/ NO** ¿Porque razón? _____

Doctor médico del niño(a) _____ Número de teléfono _____

Fecha del último examen físico _____ Conclusiones _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia? **SI/ NO** describa: _____

¿Su hijo(a) está tomando medicamentos? **SI/ NO** describa: _____

¿Su hijo(a) ha tenido cirugía o ha sido hospitalizado(a)? **SI/ NO** Por favor de explicar y dar fechas:

¿Su hijo(a) nació término completo (37+ semanas)? **SI/ NO** A tenido todas sus vacunas hasta la fecha? **SI/ NO**

¿Su hijo(a) tiene alguna de las siguientes condiciones (por favor marque todas las que aplican)?

Anemia	Asma	Ataque/Epilepsia	Retraso en el Desarrollo
Desorden Sangrante	Enfermedad Pulmonar	Parálisis Cerebral	Problema del Comportamiento
Transfusión de Sangre	Tuberculosis (TB)	ADD/ADHD	Desorden del Motor/Músculo
HIV/SIDA	Enfermedad Renal	Dolor de Cabeza	Problema de Aprendizaje
Soplo de Corazón	Hepatitis	Desmayo/Mareo	Autismo
Eczema	Tumor	Hidrocéfalo	Deficiencia Auditiva
Diabetes	Cáncer	Defecto Congénito	Deficiencia Auditiva
Problema Endocrino	Reacción de Drogas	Infecciones Frecuentes	Daño de la Visión
Problema de Tiroides	Presión Arterial Alta	Problemas de sinusitis	Problema/Defecto Cardíaco

¿Su hijo(a) tiene algún otro problema o condición? _____

¿Su hijo alguna vez necesito ser pre medicado para un tratamiento dental? **SI/NO**

HISTORIA DENTAL

¿Nombre de dentista anterior? _____ ¿Fecha de su última cita? _____

¿Su hijo(a) se ha quejado de algún problema dental? **SI/NO**

¿Su hijo(a) ha tenido heridas a la boca, dientes, o la cabeza? **SI/NO** describe: _____

¿Su hijo(a) tiene alguna de las siguientes costumbres?

Chuparse el dedo Usa el Biberón para dormir

Morderse las uñas Ronca/Respira por la boca

Usa Chupón Rechina los Dientes

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

Entiendo que la información que he dado hoy es la más correcta de mi conocimiento. También entiendo que esta información será estrictamente confidencial y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Autorizo a los doctores Smith & Smith y personal dental llevar a cabo los servicios dentales necesarios que mi hijo(a) pueda necesitar, que pueden incluir exámenes, radiografías, limpiezas, tratamientos de fluoruro tópico, odontología restaurar y cirugía oral. Para llevar a cabo dicho tratamiento, nuestro equipo puede recomendar el uso de anestesia local, el óxido nitroso y/o anestesia general.

Firma de padre/ Guardián _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Date _____

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir a Central Washington Pediatric Dentistry como el hogar dental de su hijo(a). El interés de una buena comunicación y nuestro continuo compromiso de ofrecer la más alta calidad en atención dental disponible, hemos establecido una Política Financiera del Paciente. Tenemos la confianza de que esta póliza facilitará la comunicación abierta entre nosotros y ayudara a evitar posibles malentendidos, lo que le permite siempre tomar la mejor decisión (s) en relación con el cuidado dental de su hijo(a).

Estamos comprometidos apoyarlos a comprender la salud oral de su hijo(a) y siempre se le presentará la mejor solución posible para sus necesidades dentales. Para realizar estos servicios de forma cómoda y responsable, nos complace ofrecerle las siguientes opciones de pago:

1. Dinero en Efectivo o Cheque Personal
2. Tarjetas de Débito y Tarjetas de Crédito
3. Care Credit
4. Programas de pago adelantado

El monto de los servicios se debe en el momento en que se lleva acabo el servicio. Nosotros, como cortesía, procesamos los reclamos de seguro en nuestra oficina. Preguntas sobre los beneficios de su seguro deben ser dirigidas a su compañía (s) de seguros. **Nosotros no determinamos beneficios.** Hacemos todo lo posible en ayudarle a obtener un estimado de su responsabilidad del costo por el tratamiento.

Estoy de acuerdo de que soy totalmente responsable de todos los honorarios cobrados por Central Washington Pediatric Dentistry, independientemente de mi cobertura de seguro. Entiendo que una porción estimada, no están cubiertos por el seguro, se debe en el momento de los servicios para todos los servicios prestados. Entiendo que todos los servicios se deben y que se pagarán dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de los servicios, independientemente de si o no se han recibido mis beneficios del seguro. La mayoría de las compañías de seguros hacer el pago con 30 días de la recepción de la reclamación. Nosotros le enviaremos un estado de cuenta mensual. Por favor llame si su declaración no refleja su pago del seguro. Cualquier saldo restante después de que su seguro ha pagado es su responsabilidad sin título pagado. Si su saldo de la cuenta no ha sido pagada dentro de los 60 días, se añadirá una cuota de 1.5% a su cuenta cada mes hasta que se pague. Con mucho gusto le devolveremos esta cuota si su seguro paga.

DECLARACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Admito haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Central Washington Pediatric Dentistry. El aviso describe tipos de usos y descripción de la información protegida de atención de la salud de mi hijo que pudiera ocurrir en su tratamiento, pago de los servicios, o en la realización de operaciones de atención médica de la oficina. El Aviso también describe los derechos, responsabilidades y deberes para esta práctica con respecto a la información protegida de salud de su hijo (a). El Aviso también se puede encontrar en las instalaciones.

Central Washington Pediatric Dentistry se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambian las prácticas de privacidad, que le ofrecerá una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en el momento de mi primera visita después que las revisiones se hagan efectivas. También puedo solicitar un aviso de Prácticas de Privacidad y pedir que sea enviado.

AUTORIDAD REVELACION ADICIONAL

Además de las revelaciones permitidas escritas en el Aviso de Practicas de Privacidad, por este medio expresamente autorizo que la información protegida del cuidado de salud de mi hijo(a) sea proporcionada a las personas indicada abajo.

Firma de padre/ Guardián _____ Fecha _____