

# Bienvenido

Número de identificación del paciente \_\_\_\_\_

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

*¡Bienvenido a nuestra consulta! Nos esforzamos por hacer que las visitas de su hijo sean agradables y cómodas. Llene completamente este formulario con lápiz de tinta.*

## Su hijo

Nombre del hijo \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

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

No. de seguro social \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección particular del menor \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código postal/P.C. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte responsable

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código postal/P.C. \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

No. de seguro social \_\_\_\_\_

No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_

## ¿Quién es responsable de programar las citas?

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Anexo \_\_\_\_\_

Mejor horario para llamar \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

## Madre

Madrastra  Tutor

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Anexo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

No. de seguro social \_\_\_\_\_

No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_

**Estado civil**  Soltera  Casada  Divorciada  
 Viuda  Separada

## Padre

Padrastra  Tutor

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Anexo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

No. de seguro social \_\_\_\_\_

No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_

**Estado civil**  Soltero  Casado  Divorciado  
 Viudo  Separado

## Seguro Primario

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de empleado \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código postal/P.C. \_\_\_\_\_

Deducible \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_

Cantidad ya utilizada \_\_\_\_\_

Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

## Seguro Adicional

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de empleado \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código postal/P.C. \_\_\_\_\_

Deducible \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_

Cantidad ya utilizada \_\_\_\_\_

Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

## Arreglos Financieros

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera.

Pago total en cada cita:

Efectivo  Cheque personal

Tarjeta de crédito:  Visa  MC  Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

**Antecedentes Dentales y Médicos**

Número de identificación del paciente \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL**

La salud general de su hijo, así como también cualquier medicamento que su hijo tome puede tener una importante interrelación con el cuidado dental que éste reciba. Responda completamente cada una de las siguientes preguntas.

¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia su hijo usa seda dental? \_\_\_\_\_  
¿Es fluorada el agua de su hijo? . . . . .  Sí  No ¿Toma su hijo suplementos fluorizados? . . . . .  Sí  No

Su hijo:  
Se chupa el pulgar o dedo . . . . .  Sí  No Masca objetos duros (lápices, etc.) . . . . .  Sí  No  
Se chupa o muerde el labio . . . . .  Sí  No Rechina los dientes . . . . .  Sí  No  
Se come las uñas . . . . .  Sí  No Aprieta la mandíbula . . . . .  Sí  No

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al dentista \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo algún problema en visitas al dentista anteriores?  Sí  No

Médico del niño \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

No. de teléfono \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones, cirugías, enfermedades graves anteriores \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está tomando actualmente su hijo algún medicamento?  Sí  No (si la respuesta es sí, enumere)

¿Ha tomado alguna vez su hijo Fen-Phen/Redux?  Sí  No

¿Tiene su hijo antecedentes de reacciones alérgicas, de sensibilidad, adversas a cualquier droga o medicamento (penicilina, Novocaína, etc.)?  Sí  No (si la respuesta es sí, descríballo) \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo antecedentes de alergias a cualquier otra sustancia como látex, al ambiente, etc.)? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez su hijo alguno de los siguientes problemas:

Asma . . . . .  Sí  No Problemas estomacales, hepáticos o renales . . .  Sí  No  
Cáncer . . . . .  Sí  No Incapacidad/Discapacidad . . . . .  Sí  No  
Hepatitis . . . . .  Sí  No Tuberculosis . . . . .  Sí  No  
VIH / SIDA . . . . .  Sí  No Diabetes . . . . .  Sí  No  
Hemofilia . . . . .  Sí  No Fiebre Reumática . . . . .  Sí  No  
Tos o aclaración de la garganta persistente Defectos Cardiacos Congénitos . . . . .  Sí  No  
no asociada con una enfermedad conocida Soplo Cardíaco . . . . .  Sí  No  
(que haya durado más de 3 semanas) . .  Sí  No Convulsiones/Epilepsia . . . . .  Sí  No  
Hemorragia anormal . . . . .  Sí  No

Explique cualquier problema médico que tenga su hijo: \_\_\_\_\_

**Autorización y Entrega de Información**

A mi entender, las preguntas de este formulario se han respondido satisfactoriamente. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la consulta dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda precisar.

También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de tratamiento o exámenes prestados a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad)  
Revisión del dentista:

Fecha

Firma del dentista

Fecha

# REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Dirección - Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Empleado(a) por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Grupo Número \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Físico \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón                              | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                    | <input type="checkbox"/> Dieta Especial                 |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta                             | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza                            | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática               |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios                            | <input type="checkbox"/> Cáncer                                       | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus          |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos                                | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico                      | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros               |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                                       | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica                              | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores    |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésicos                       | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso                           | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas                | <input type="checkbox"/> Úlcera                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda                            | <input type="checkbox"/> Alergias Generales                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre                      | <input type="checkbox"/> Droga adicción                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias                         | <input type="checkbox"/> Artritis                                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                      |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?  Sí  No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada?  Sí  No ¿Está Ud. amamantando a un bebé?  Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

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

(SIGUE AL DORSO)

## TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_  
*Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros*

y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma*

## CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por el presente  
*Nombre del menor/niño*

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Asegurado/Tutor*

## ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Asegurado/Tutor*

## ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Dentista*

## ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Dentista*

Mission Hill Dental  
Dr. Horacio Lucero  
Dr. Fred B. Willard  
2732 Big Oak  
New Braunfels, Texas 78132

### **Financial Policies**

**PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE.** We accept cash, personal check, and all major credit cards. We require you to pay your estimated cost share at the time services are rendered. Any remaining balance will be billed to you once your insurance company has processed your claim. If any amount is left unpaid and collection fees are incurred, these additional fees will be added to the patient's account balance and become the responsibility of the patient or guarantor on the account.

If you have insurance coverage, the insurance information must be supplied at the time of service. We will file up to 2 insurance claims, primary and secondary, as a courtesy for you. **You are responsible for any non-covered items or services. Not all services and supplies are covered by insurance. If you are not clear on the coverage and benefits of your plan, please call your insurance company to inquire what your out of pocket expenses will be for the services you receive.** Your policy is between you and your insurance company and coverage varies per policy, we cannot be involved in disputes over non-covered services or supplies. If your insurance has not paid our claim within 45 days from the date of service, we ask that you call your insurance company to expedite payment. After 60 days of non-payment, you will become responsible for the balance.

**CANCELLATION POLICY:** Please give 24 hour advanced notice if you are unable to keep an appointment so that we may open a slot for other patients in need. Failure to do this will result in a \$35 cancellation fee.

**Please read and sign:**

I will be responsible for any supplies or services which are provided to me.

I have been provided an opportunity to review the Notice of Privacy Practices regarding this office's HIPPA compliance. I also have read the financial and cancellation policies listed above and agree to these terms.

Print Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient Signature (Guarantor if a minor): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_