

# Fadal Pediatric

DENTISTRY

#5 Doctor Circle | Longview, Texas | 903-21BRUSH  
2302 S. Washington Ave | Marshall, Texas | 903-70Brush

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

## Información Del Paciente

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha De nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: **M** **O** **F**

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono De La Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono De Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿ Quién lo Refirió a Nuestra Oficina? \_\_\_\_\_

## Información De La Persona Responsable

¿Quién tiene Responsabilidad Del Paciente?  Madre  Padre  Guardian legal  Otra Persona: \_\_\_\_\_

Nombre De La Madre o Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Casado (a)  Soltero (a)  Viudo (a)  Divorciado (a)  Separado (a)

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono Del Trabajo: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono De Celular: \_\_\_\_\_

Número De Licencia De La Madre: \_\_\_\_\_ Número De Licencia Del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre Del Padre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Separado

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono Del trabajo: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono De Celular: \_\_\_\_\_

¿Quién Está Con el/la Paciente Hoy? \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion Al Paciente: \_\_\_\_\_ Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

## Información Sobre Seguros

¿El/la Paciente Tiene Seguro De Medicaid o CHIP?  SÍ  NO Número Del Miembro: \_\_\_\_\_

¿Tiene Aseguranza Privada Dental?  SÍ  NO Nombre De La a Seguranza: \_\_\_\_\_

¿Al Nombre De Quien Esta La Aseguranza? : \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

## Historial De Salud Pediatrica

Nombre Del Pediatra Del Niño (a): \_\_\_\_\_

Nombre Del Cardiólogo o Especialista Del Niño (a): \_\_\_\_\_

¿Su Hijo(a) Toma Actualmente Algún Medicamento?  Sí  NO Si La Respuesta es Sí, Por Favor Anotelos Abajo:

Medicación: \_\_\_\_\_ La causa: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_ La causa: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_ La causa: \_\_\_\_\_

¿Tiene Su Hijo(a) Alergias A Medicamentos?  Sí  NO Si La Respuesta es Sí, Por Favor Anotelos Abajo:

\_\_\_\_\_

¿Es Su Hijo(a) Alergico a Látex?  Sí  NO **Solamente Los Jóvenes:** ¿Usa su Hijo(a) Productos De Tabaco?  Sí  NO

**Solamente Las Mujeres:** ¿Mujeres Toma Anticonceptivos?  Sí  NO

¿Existe Alguna Posibilidad De Que La Paciente Esté Embarazada?  Sí  NO

¿Ha tenido el/la Paciente Alguna Cirugía?

\_\_\_\_\_

¿Su Hijo(a) Se Pone Ansioso (a) o Aprensivo (a) Cuando Visita El Dentista??  Sí  NO Si La Respuesta es Sí, Explique Abajo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por Favor, Marque Si Su Hijo(a) Alguna Vez Ha sido Diagnosticado o Tratado Por Cualquiera De Los Siguietes:

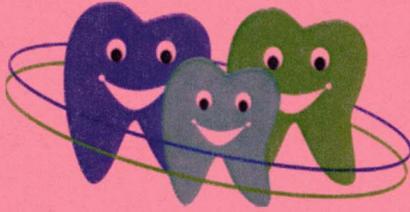
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Asma                          | <input type="radio"/> Reflujo De ácidos                | <input type="radio"/> Murmullo En El Corazón |
| <input type="radio"/> ADHD/ ADD                     | <input type="radio"/> Discapacidad Para Hablar         | <input type="radio"/> Cancer/ Tumores        |
| <input type="radio"/> Autismo                       | <input type="radio"/> Trastorno De La Tiroides         | <input type="radio"/> Enfermedad Del Hígado  |
| <input type="radio"/> Anemia/ Trastorno De Sangrado | <input type="radio"/> Síndrome De Down                 | <input type="radio"/> Enfermedad Renal       |
| <input type="radio"/> Epilepsia / Convulsiones      | <input type="radio"/> Parálisis Cerebral               | <input type="radio"/> Deterioro Visual       |
| <input type="radio"/> Alergias Estacionales         | <input type="radio"/> Labio Lepornio / Paladar Hendido | <input type="radio"/> Discapacidad Auditiva  |
| <input type="radio"/> Retrasos Mentales             | <input type="radio"/> VIH / SIDA                       | <input type="radio"/> Hipertensión           |
| <input type="radio"/> Trastorno De La Personalidad  | <input type="radio"/> Diabetes                         | <input type="radio"/> Fiebre Reumática       |
| <input type="radio"/> Trastorno Neurológico         | <input type="radio"/> Hepatitis (Tipo ____)            | <input type="radio"/> Tuberculosis           |
| <input type="radio"/> Trastorno Alimentario         | <input type="radio"/> Enfermedad Cardíaca              |  |

Otro \_\_\_\_\_

Debido a que su hijo(a) es menor de edad, se hace necesario que se obtenga un permiso firmado de un padre o guardián antes de que se pueda iniciar y realizar todo y cualquier servicio dental necesario.

La firma de un padre o guardián fijado abajo autoriza la terminación de todos los servicios dentales convenidos y el uso de los métodos apropiados. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que sea cancelado por cualquiera de las partes. Además, será responsable de cualquier factura incurrida en este niño(a) para tratamiento dental.

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



# Fadal Pediatric DENTISTRY

#5 Doctor Circle | Longview, Texas | 903-21BRUSH  
2302 S. Washington Ave | Marshall, Texas | 903-70Brush

## Consentimiento para el tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso para que las siguientes personas (mayores de edad) traigan a \_\_\_\_\_ a cualquier cita dental, limpieza, royos-x o tratamiento invasivo. También, pero no limitado a, dar permiso para administrar anestesia local y / o sedación consciente. El individuo que acompaña al niño(a) debe presentar una licencia de conducir válida para que podamos poner una copia en el archivo.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## REGLA FINANCIAL

**Nuestra primera prioridad es proveer el mejor posible cuidado dental para su niño(a)**

Nosotros esperamos el pago al momento de nuestros servicios, **amenos que se haiga algun acuerdo con anticipacion.**

Como una **cortecia** para nuestros pacientes nosotros enviaremos su expediente con la aseguransa dental. Teniendo en mente, que esa es una cortesia y que requerimos que usted pague cualquier deducible aplicable y/o el porcentaje que su compania no pagara. Esto varia de compania a compania y es sujeta a lo que las companias de aseguransa llaman razonable y el costo habitual. Si usted tiene algunas preguntas referentes a estas reglas por favor pregunte antes de que los servicios sean llevados acabo. No podemos y no **dejaremos un balance** por mas de 60 dias. Su cooperacion con esta regla nos ayudara a mantener nuestros costos dentales mas bajos.

Para todos nuestros pacientes nosotros proporcionaremos un **presupuesto del tratamiento** despues del examen inicial en cualquier tratamiento siguiente que se necesite. Si usted no lo recibe, favor de preguntar. Nosotros queremos que nuestros pacientes esten preparados para cualquier **gastos inesperados**.

**POR FAVOR TOME ENCUESTA:** Para nuestros pacientes con **Medicaid**, requerimos una copia de su **Tarjeta de Medicaid** en todas las visitas, su niño(a) no podra ser checado sin ella. Por favor presentarla cuando se registre.

Aceptamos varias formas de pago. Que son los siguientes:

**Efectivo**

**Cheques** (habra un cargo de \$35.00 en servicio por todos los cheques rechazados)

Todas las **targetas de credito**

**Care Credit Card** (preguntar por los detalles)

### AUTORIZACION

1. Yo autorizo al Fadal Pediatric Dentistry y/o sus representantes a da cualquier informacion necesaria a la compania de mi aseguranza.
2. Yo he leido la regla financiera de arriva y entiendo y acuerdo con los terminos referentes al pago.

---

Firma del lado responsable

Fecha

## GUIAS DEL HORARIO Y RESPONSABILIDADES

El doctor y el personal de nuestra oficina han puesto mucho esfuerzo y tiempo en el diseño del sistema en citas para proveer a su niño(a) con excelencia en nuestro cuidado del pediatra dental. En el curso del diseñamiento del horario ha sido necesario hacer a los padres de nuestros pacientes responsables por algunos aspectos de sus citas. Nosotros nos esforzamos en ser considerados de nuestros pacientes cuando hacemos el horario, nosotros pedimos a nuestros pacientes que sean considerados en nuestro horario también.

Como una cortecia para nuestros pacientes proveemos una llamada de confirmacion por medio del uso del sistema automatizado en llamadas de telefono. Aunque algunas veces, por razones tecnicas el sistema puede que no se confirmen las citas. Por la razon que nosotros **requerimos** que nuestros pacientes sean **responsables por su horario de cita**.

Nosotros entendemos que el tiempo e imprevistos ocurren a toda la gente, pero cuando sea posible requerimos un aviso de 24 horas de anticipacion para cambiar una cita.

Citas perdidas son tiempo **perdido** donde el doctor puede aver proveir cuidado para alguien mas. Debido al numero de pacientes que nosotros decidimos ver ha sido necesario implementar el siguiente plan.

Durante una serie de citas, **si el pasiente pierde 2 citas sin aver llamado con anticipacion, devera ser necesario eliminar al paciente de nuestra practica**. Y despues de este tiempo veremos solamente al paciente en un tipo de emergencia por los siguientes 30 dias.

Apreciamos su cooperacion en esta area. Al firmar esta forma usted acuerda respetar lo mas cercano posible a nuestros requisitos para las citas.

Gracias y esperamos servirles en las necesidades dentales de sus niños(as)

---

Firma

Fecha

**Aviso de prácticas de privacidad del  
Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas**

---

**ACUSE DE REVISIÓN**

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

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas (versión en vigor el 20 de julio de 2015), el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

**Si quien ha completado el formulario ha sido el representante personal del paciente, el representante por favor ponga su nombre en letra de molde y firme en el siguiente espacio.**

\_\_\_\_\_  
Representante personal (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

**For Office Use Only**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please be specific):

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Date