



En Pediatric Dental Specialists, respetamos su tiempo y hacemos todo lo posible para minimizar su espera mientras brindamos atención dental de calidad. Como resultado, los horarios de las citas están reservados exclusivamente para su hijo. No llegar y las llegadas tardías crean demoras en el tratamiento para todos los pacientes.

A partir del 1 de enero de 2020, habrá una tarifa de \$40 por no proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas. Si se presenta tarde a la oficina para una cita programada, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$20 y reprogramar su cita según sea necesario.

Si se aplican los beneficios de Medicaid, el paciente/familia puede ser despedido de la práctica.

Comuníquese con nuestra oficina lo antes posible con cualquier cambio en la salud de su hijo antes de su cita para discutir la posible necesidad de reprogramación.

¡Gracias de antemano por ayudarnos a garantizar las citas más exitosas posibles!

Padre/Madre/Guardián/Persona autorizada

Fecha



INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ GENERO: HOMBRE MUJER
Apellido Nombre de Pila Segundo Nombre

NOMBRE DE QUE SU NIÑO PREFERE SER LLAMADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ EDAD ___ PESO ___ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ___/___/___

¿Hemos visto a otro niño en su familia? Y N Si sí, por favor enumera/Que dentista? _____

¿Con cuál dentista tiene cita su niño el día de hoy? Harris Dr. Meredith No estoy seguro

¿Quién es su Dentista familiar? _____ Actualmente no vemos un dentista Quisiera una recomendación

¿Cómo supo acerca de nuestra oficina? (Por favor marque todos los que se aplican y especificar quien, si corresponde)

Libro telefónico Redes Sociales (Facebook, Instagram, etc.) Internet (Google, Yahoo, etc.) Anuncio TV/Radio

Amigo/Familiar _____ Medico/Dentista _____ Otros _____

Quién tiene la custodia legal del menor

Nombre/ Relación Nombre/ Relación

El menor vive actualmente con:

Nombre/ Relación Nombre/ Relación

Nos gustaría conocer más a su niño. Cuáles son sus gustos y preferencias Nombre de su mascota: _____

Color favorito: _____ Pasatiempos: _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del pariente/ amigo más cercano que no viva con usted _____ Relación _____

Domicilio completo _____ Teléfono _____

¿SU NIÑO ALGUNA VEZ:

Sí No visitó a un dentista?

Nombre de Dentista: _____ ciudad/estado: _____

Fecha de la última consulta. _____ ¿Se le tomaron radiografías? _____

Sí No ¿Alguna vez ha tenido una desfavorable visita médica/dental? Si si, por favor, explique: _____

Historial Medico

DEBE SER COMPLETADO PRO EL PADRE, TUTOR LEGAL O ADULTO AUTORIZADO SI EL NIÑO ES MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del Niño  _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento  _____ Género M F

Pediatra/Médico de Atención: _____ Número de teléfono: _____

Especialista(s) de Médico _____ Número de teléfono: _____

Ortodontista: _____ Fecha de última visita: _____

Vacunas hasta la Fecha: No Si No Vacuno

Tiene su niño o ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco/Problema Cardíacos | <input type="checkbox"/> Asma
(último episodio _____) | <input type="checkbox"/> Autismo / DEA |
| <input type="checkbox"/> Látex alérgico | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física |
| <input type="checkbox"/> Alergia a los TINTES | <input type="checkbox"/> Anemia / Células falciformes | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Válvulas de Derivación | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguinea | <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia/Problemas de Sangrado | <input type="checkbox"/> VIH positivo/SIDA | <input type="checkbox"/> Trastornos de Conducta/ Personalidad |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/quimio/radiación | <input type="checkbox"/> ADD/ ADHD | <input type="checkbox"/> Ansiedad / Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Último Recuento _____)
Tiempo tomado _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva | <input type="checkbox"/> Deficiencia de MTHFR |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los Riño/enfermedad | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido /ERGE | <input type="checkbox"/> Historia de Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Condiciones de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos/de la Vejiga | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Fuerte/reflejo nauseoso excesivo |
| <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Medicamentos (Receta, Sin Receta, Hierbas): No Si Por favor lista: _____

Alergias (Medicamentos/Comida/Otros productos): No Si: Por favor lista: _____

Su niño requiere antibióticos antes del tratamiento dental (soplo cardíaco, derivación, prótesis, Pasadores/Tornillos etc.): No Si

¿Ha tenido su niño amigdalectomía? No Si No Si Estado en el Hospital Operación No Si Pasadores/Tornillos

Si la respuesta es Sí a alguno, por favor describa con fechas _____

Su niño ha sido visto, necesita ser visto, diagnosticados y/o tratados por un profesional de la salud para cualquiera de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Enfermedad, fiebre, congestión, infección respiratoria/sinus (últimas 2 semanas) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Infecciones del oído (últimas 4 semanas) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Enfermedad contagiosa/virus dentro (últimas 4 semanas) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Infección de la garganta/estreptococia (última 2 semanas) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Piojos, infección ocular, hiendra venenosa (última 2 semanas) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Infección de Staph/MRSA (últimas 4 semanas) |

Si sí a cualquiera, por quien fue su niño visto y cuando: _____

Persona Acompañando al Niño: Es: Padres Madrastra y Padrastro Abuelos Otro (pro favor especifica _____)

Nombre (Por favor escriba claramente): _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene alguna preocupación por la visita de hoy? _____

Su niño ha sido visto por otro dentista, especialista desde su última visita aquí No Si Si la respuesta es Sí por favor describa
se tomaron radiografías No Si

La información que he dado es correcto al mejor de mi conocimiento y tengo entendido que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad. También entiendo que es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en mi niño la condición médica, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o cualquier otra información personal. Le doy mi permiso a Pediatric Dental Specialists, PA para realizar limpiezas, radiografías necesarias para diagnosticar, exámenes, tratamiento de fluoruro, y (sellantes si es aplicable con previa autorización). En caso de emergencia, por la presente autorizo al PDS a realizar un tratamiento de emergencia y/ o de salvamento para mi niño.

Firma (Paciente o tutor legal si menor de edad) _____ Imprimir el Nombre _____ Relacion _____ Fecha _____

No Si Doy mi consentimiento a Pediatric Dental Specialists, PA para usar el nombre y fotografía de mi niño en su sitio de web: www.shermankidsdentists.com.

For Office Use Only

Med. Hist. Reviewed by: _____

Time _____ Age _____ Height _____ Weight _____ BP _____ Pulse _____ O2 Sat _____ ASA _____ TXP Y N
2921 N. Heritage Parkway, Suite 100, Sherman, TX 75092 903-892-1200 Fax 903-813-1581 www.shermankidsdentists.com (Form 16S) Rev. 12/2023



POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido a nuestro consultorio. El siguiente documento fue diseñado por Pediatric Dental Specialists, PA para informarlo sobre nuestras políticas en relación con el pago y el seguro.

- Se requiere el pago completo al momento de la prestación del servicio. Si el paciente se encuentra cubierto por un seguro odontológico, su parte calculada es debida al momento de la prestación del servicio. Aceptamos con gusto efectivo, cheques, tarjetas de débito/ATM y las principales tarjetas de crédito (VISA, MasterCard, Discover y American Express). También aceptamos CareCredit, una tarjeta de crédito que ofrece una financiación sin intereses. Si usted tiene interés en presentar una solicitud para esta tarjeta, solicite mayor información a uno de nuestros empleados.
- El padre, madre y/o el tutor legal que traiga al paciente a su primera visita es responsable del pago, independientemente de lo que una sentencia de divorcio pueda establecer. Se hará un reembolso entre ambos padres divorciados. Nosotros no intervendremos.
- No aceptamos seguro médico.
- Se proporcionará un ESTIMADO para el costo de los servicios antes del tratamiento basado en un examen clínico y / o radiográfico (radiografía). Cualquier cambio imprevisto en la condición oral de su hijo entre el momento en que se crea una estimación y el momento del tratamiento puede alterar el tratamiento necesario y, como resultado, la cantidad que debe, ya sea que pague en efectivo o utilice un seguro dental.

Para aquellos con beneficios de seguro dental, lea atentamente:

- La estimación de tratamiento creada se basa en la información de su compañía de seguros en el momento en que se crea el plan de tratamiento. La estimación se basa en el historial de reclamaciones anteriores que ya se informó, pero no tiene en cuenta las reclamaciones pendientes que aún no ha recibido o pagado por su compañía de seguros. Otras reclamaciones dentales presentadas o actualizaciones de tarifas que se producen entre el momento en que se crea el presupuesto y el tiempo de servicio pueden afectar la cantidad que pagará su compañía de seguros y, como resultado, esa cantidad será su responsabilidad. El presupuesto no es una garantía de pago por parte de su compañía de seguros ni el monto exacto que puede ser su responsabilidad. Para obtener información precisa sobre la cobertura de su seguro para cualquier tratamiento propuesto, le sugerimos que se contacte directamente con su compañía de seguros.
- Verificamos con gusto los beneficios y las reclamaciones de archivos como cortesía. Es nuestro objetivo ayudarlo a recibir el máximo de beneficios disponible según su póliza de seguro odontológico. Le solicitamos que lea y comprenda los beneficios de su plan odontológico antes de buscar tratamiento. Tome en cuenta que el contrato es entre usted, el asegurado y la compañía aseguradora. El monto de la cobertura que recibe dependerá de la calidad del plan comprado por su empleador, no de los honorarios del doctor. También comprenda que como proveedor de cuidados odontológicos, nuestra relación es con usted, no con la compañía aseguradora. Esto significa que será responsable del pago de todos los cargos no cubiertos por su compañía aseguradora, incluyendo todos los honorarios que estén por encima del programa de honorarios usual y habitual de su compañía aseguradora. Cualquier saldo restante después del pago del seguro debe pagarse dentro de los 30 días de la fecha de facturación.
- Cualquier saldo no pagado de más de 60 días sufrirá un cargo financiero del 18% A.P.R., sin considerar las reclamaciones de seguro pendientes. Cualquier saldo no pagado de más de 90 días se enviará a una corte de pequeños reclamos y sufrirá un arancel de cobro de \$100.00 más cualquier otro costo/honorario incurrido mientras trata de cobrar la deuda. Todas las cuentas que se envíen a la corte de reclamos menores serán descalificadas de la práctica. Llame por favor nuestra oficina inmediatamente si usted recibe una declaración para un equilibrio que está en duda.
- Los cheques insuficientes que se devuelvan se cobrarán el cargo máximo por servicio permitido.
- Para las cuentas con créditos, los reembolsos se emiten una vez al mes.
- Esta política financiera está sujeta a modificaciones sin previo aviso. Al aceptar la política financiera, usted acepta estar sujeto a cualquiera de las enmiendas de la política financiera. Puede recibir una copia de nuestra Política financiera actual en cualquier momento, previa solicitud.

AUTORIZACIÓN

- Autorizo a Pediatric Dental Specialists, PA a compartir cualquier tipo de información relativa a mi caso con mi compañía aseguradora.
- He leído y acepto la Política Financiera anterior, la comprendo y presto mi conformidad con las condiciones establecidas en relación con el pago.

Firma del padre/madre/tutor legal

Letra de imprenta: Padre/madre/tutor legal

Fecha



Bienvenido a nuestro consultorio. Nos da gusto que haya elegido a nuestro grupo de profesionales para crear sonrisas positivas en su(s) hijo(s). Para ofrecerle un mejor servicio, hemos preparado nuestras políticas de oficina a fin de que pueda tener un entendimiento de cómo funciona nuestro consultorio. Si tiene alguna pregunta, pregunte con absoluta libertad.

PACIENTES

- ◆ Somos ESPECIALISTAS EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. Eso significa que nos especializamos en el tratamiento odontológico de niños. De la aparición del primer diente de un niño hasta que ese mismo niño se gradúa de la escuela secundaria, deseamos comprometernos personalmente para mantener una sonrisa deslumbrante. La mayoría de los niños deberían acudir al consultorio por primera vez cuando cortan el primer diente o alrededor del año de edad, no obstante, nos complace ver a los niños de todas las edades. Nuestro personal profesional se encuentra capacitado para asegurar que cada niño tenga una experiencia odontológica positiva en nuestro consultorio.

CITAS

- ◆ La caries dental es la enfermedad número uno de los niños. Muchos niños en la zona de Texoma sufren de caries dentales. Como resultado, tenemos una larga lista de niños que esperan su consulta inicial. Hemos programado específicamente una cita para su hijo. Le solicitamos que sea puntual (preferentemente, que llegue temprano) a su cita, ya que tratamos de ver a cada paciente dentro de los 10 minutos de la hora de su cita. Porque el tiempo de la cita se ha creado específicamente para su hijo, nos reservamos el derecho de reprogramar la cita de su hijo para otro momento si usted llega 15 minutos o más tarde (por respeto a las familias de nuestros otros pacientes).
- ◆ Es política de este consultorio tratar exclusivamente a niños y a pacientes con necesidades especiales. Los niños tienden a reaccionar ante los miedos y las inquietudes de sus padres, y en nuestra experiencia son más receptivos y cooperativos al tratamiento si los padres no se encuentran presentes durante el tratamiento. Ya que el tratamiento odontológico es un procedimiento quirúrgico, deseamos que el 100% de nuestra atención se destine a su hijo y al cuidado de su hijo. En consecuencia, respetuosamente le solicitamos que permanezca en la sala de espera mientras se atiende a su hijo. Los padres NO deben SALIR de la sala de espera durante la consulta de su hijo. Esto nos permitirá tener un acceso inmediato a usted en caso de requerir información adicional sobre su hijo. Una vez que el tratamiento de su hijo haya finalizado, el odontólogo, higienista dental y/o asistente conversarán con usted para resumir el tratamiento realizado y el seguimiento necesario, en caso de requerirse. Durante la cita, su hijo estará supervisado en todo momento por nuestro personal. Se le motivará a que juegue en la mesa Lego, lea un libro, juegue con rompecabezas y distintos juegos o vea la televisión. Deseamos que recuerde el tiempo transcurrido en nuestro consultorio como un momento de **DIVERSION**.
- ◆ Comprendemos que existirán momentos en los que usted no podrá cumplir con la hora de la cita que se ha reservado específicamente para su hijo. Como cortesía para los otros niños que necesitan atención médica, **le solicitamos que notifique a nuestro consultorio, al menos, con 24 horas de anticipación si usted no puede cumplir su horario de cita programado**. Las citas canceladas con menos de 24 horas de aviso serán consideradas una cita quebrada. Para su conveniencia, tenemos un contestador automático para permitirse dejar un mensaje después de nuestro horario regular de oficina. Llame a nuestro consultorio con libertad en cualquier momento, las 24 horas del día. Note que nos reservamos el derecho a no aceptar a su hijo en nuestro consultorio por incumplir continuamente con el horario de sus citas programadas.

BENEFICIARIOS DE MEDICAID

- ◆ La política de DentaQuest y MCNA requiere que el proveedor dental que su hijo va a ver, esté en la lista como su proveedor principal dental a través de medicaid. Si nuestro dentista no está en la lista como el dentista actual de su hijo, y usted es incapaz de cambiar lo en un tiempo adecuado antes de la cita con el dentista, puede ser necesario reprogramar la cita.

PERMISO PARA TRATAMIENTO

- ◆ Solicitamos que el padre, madre o tutor legal lleve al paciente a su primera visita para que puedan completar y firmar los formularios necesarios y permitirnos describir específicamente las necesidades del tratamiento de su(s) hijo(s) o responder a las preguntas específicas que pueda tener. Se le solicitará un formulario de consentimiento antes de cada tratamiento. A fin de acomodar las apretadas agendas de las familias del paciente, puede designar que otros tomen decisiones sobre el tratamiento de su(s) hijo(s). Asegúrese de firmar el formulario de Autorización para el Tratamiento de un Menor para que las personas que ha designado específicamente puedan tomar decisiones sobre el tratamiento de su(s) hijo(s).
- ◆ Nota que sólo las personas autorizadas en el formulario pueden tomar decisiones sobre su(s) hijo(s).

Manifiesto que he leído y aceptado las políticas de Pediatric Dental Specialists, P. A.

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____



**FORMA DE PERMISO PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA Y
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Por favor incluya a cualquier/todos los niños y niñas que se está dando
autorización para:**

_____, el menor nacido ___/___/___,
 _____, el menor nacido ___/___/___,

Yo, _____ doy mi permiso a Pediatric Dental Specialists,PA y a mi pediatra o
Padre/Guardián Legal

proveedor de cuidado de salud para proporcionar información con respecto a la salud general o salud dental de mi hijo/ mis hijos como consideran necesario.

Entiendo que puedo recibir una copia escrita de este Aviso de la oficina de Prácticas de Privacidad a petición mía.

 Firma de Padre/Guardián Legal _____
Fecha

Uso de la Oficina Solamente

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Medical Release and 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 Specify)



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Por favor incluya a cualquier/todos los niños y niñas que autoriza el consentimiento para

Yo, _____, padre/madre/tutor legal de:

_____, menor nacido el ____/____/____,

A partir de esta fecha autorizo a la siguiente persona/personas:

(Nombre) (Relación con el niño) (Nombre) (Relación con el niño)

(Nombre) (Relación con el niño) (Nombre) (Relación con el niño)

para dar consentimiento para el tratamiento dental del niño(s) antes mencionado(s) por cualquier problema odontológico que pudiera surgir; o para llevar al niño(s) a PDS para chequeos de rutina y procedimientos asociados considerados necesarios por PDS. También, autorizo al odontólogo, higienistas y personal de PDS a dar información a la(s) persona(s) arriba mencionadas en relación con el diagnóstico y el plan de tratamiento, o cualquier información necesaria para el cuidado del niño(s) antes mencionado(s).

- Delcero que libero a PDS de cualquier responsabilidad respecto de la divulgación de esta información sobre el niño(s) arriba mencionado(s).
- Comprendo que si alguien que no sea una de las personas mencionadas arriba en este form trae a mi hijo(s) a la cita con el dentista, mi cita quedará reprogramada para otra ocasión.
- Comprendo que solamente las personas arriba mencionadas tienen la autorización para tomar las decisiones relacionadas con el tratamiento odontológico de mi hijo(s) y es mi responsabilidad o la del tutor legal notificar a PDS de cualquier cambio deseado.
- Comprendo que las personas arriba mencionadas permanecerán autorizadas hasta que se les notifique lo contrario por mí u otro tutor legal.
- Comprendo que aún cuando yo haya autorizado a las personas arriba mencionadas a tomar decisiones sobre el tratamiento relacionadas con el niño(s) arriba mencionado, seré financieramente responsable de esta cuenta familiar, y **entiendo que el pago es debido al tiempo de servicio**

Padre/madre/tutor legal Fecha Padre/madre/tutor legal Fecha

Por favor INICIAL si aplicable.

Por la presente autorizo a mi hijo (15 años con una licencia de prueba de dificultades, o 16 años o más) a recibir tratamiento odontológico (por ejemplo, chequeos odontológicos, radiografías, limpieza, fluoruro, tratamiento con o sin óxido nítrico pero excluyendo la sedación oral) sin una persona autorizada que lo acompañe. Entiendo que un padre o tutor legal seguirá siendo responsable de completar el historial médico hasta que el niño cumpla 18 años de edad.