

Pediatric Dental Specialists, P.C.

David H. Brantley, DDS

John W. Spratling, DMD

Will Brantley, DMD

Nombre completo del niño/de la niña _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo F M

Nombre preferido _____

Domicilio del padre/madre/hijo/a _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono/fijo _____

Correo electrónico fijo _____ Número

de Seguro Social del niño _____ Escuela _____ Calificación _____

Nombre y edades de los hermanos _____

Nombre de la persona de contacto en caso emergencia _____ Teléfono _____

Cómo se enteró de nuestra clínica? _____

Quién es su dentista de cabecera? _____

Los menores que no estén acompañados por un padre o tutor legal no podrán recibir tratamiento sin autorización firmada.

Viven juntos los padres? _____ Sí _____ No Si no, con quién vive el niño? _____

INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN

_____ Madre _____ Madrastra _____ Guardian

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Num. de Celular _____

Nombre de la empresa _____ Ocupacion _____

Num. de Seguro Social _____ Email de su trabajo _____ Tel. de su trabajo _____

INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN

_____ Padre _____ Padrastra _____ Guardian

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Num. de Celular _____

Nombre de la empresa _____ Ocupacion _____

Num. de Seguro Social _____ Email de su trabajo _____ Tel. de su trabajo _____

Nuestra oficina se comunica con los pacientes por teléfono y electrónicamente, mediante correo electrónico y mensajes de texto. No se garantiza la confidencialidad de las comunicaciones electrónicas. Al firmar este formulario, entiendo que Pediatric Dental Specialists no se responsabiliza de la confidencialidad ni de la seguridad de las comunicaciones electrónicas que me envíen o que yo reciba. Si mi información de contacto cambia o deseo revocar mi consentimiento, acepto notificar a Pediatric Dental Specialists por escrito o en persona.

Número de mensaje de texto preferido: para confirmaciones de citas y comunicaciones: # _____

Dirección de correo electrónico preferida: para confirmaciones de citas y comunicaciones: _____

No se comunique conmigo por correo electrónico, mensaje de texto ni llamadas.

Método de pago a pagar cuando se prestan los servicios

_____ Pago completo al momento del tratamiento - Efectivo, Tarjeta de Débito/Crédito, Care Credit

_____ Seguro dental: Nos consideramos parte de la red solo para pacientes de United Concordia. Como cortesía, nuestro consultorio solicitará los beneficios del seguro. Cualquier deducible, copago o saldo no cubierto por su seguro deberá ser pagado en su totalidad por el padre/madre que acompañe al paciente al momento del tratamiento. Después de 30 días, nuestro consultorio no intentará cobrarle a su seguro y se espera el pago. Todos los saldos de cuenta no pagados dentro de 30 días serán responsabilidad del padre/madre/tutor/persona responsable.

GEORGIA Número de Medicaid _____ Estado del melocotón # _____

Por favor vea el otro lado

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre completo del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del medico o pediatra del paciente: _____

Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? Si No Por favor explique _____

Es su hijo(a) alergico a alguna medicina o comida? Si No Por favor explique _____

Esta su hijo(a) tomando algun medicamento? Si No Por favor explique _____

Por favor marque alguna de las siguientes condiciones medicas que su hijo(a) ha experimentado:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales | <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Condicion del Corazon | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones | <input type="checkbox"/> VIH/Sida |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones | <input type="checkbox"/> Desorden de Nariz o Garganta | <input type="checkbox"/> Problemas de Oido |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal | <input type="checkbox"/> Amigdalas / Adenoides Removidas | <input type="checkbox"/> Cancer / Tumores | <input type="checkbox"/> Tubos en los Oidos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Cancer / Tumores | <input type="checkbox"/> Problemas de Estomago/Riñon | <input type="checkbox"/> Problemas de Habla o Vision |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de Estomago/Riñon | <input type="checkbox"/> Problemas del Hgado | <input type="checkbox"/> Hiperactividad/TDA/TDAH |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Alergias por la Estacion | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| <input type="checkbox"/> Desorden en la Piel | | | |
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | | | |

Por favor explique si su hijo tiene algun problema medico o hay algo que a usted le preocupe: _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

1. Su hijo(a) toma biberon? Si No Si no, a que edad lo dejo de usar? _____
2. Su hijo(a) se mama el dedo o alguna vez uso chupon? Si No A que edad lo dejo de usar? _____
3. Usted usa agua que no es potable? Si No
4. Su hijo(a) ha visitado alguna vez un dentista? Si No
5. Si ha visitado a un dentista, cuando fue la ultima visita: _____ Nombre del Dentista: _____
6. Su hijo(a) ha tenido problemas con algun tratamiento dental? Si No
7. Si ha tenido algun problema, por favor explique: _____
8. Su hijo(a) ha tenido algun tipo de accidente en sus dientes? Si No
9. Si ha tenido algun accidente, por favor explique: _____
10. Su hijo tiene dolor? Si No Si su hijo tiene dolor, por favor explique: _____
12. Su hijo tiene algun problema dental del cual usted tiene preocupacion? Si No
13. Si usted tiene alguna preocupacion, por favor explique: _____

Autorización y Autorización

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Soy el padre, madre o tutor legal de este paciente y tengo el derecho legal de autorizar la atención médica y dental en su nombre. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo/a. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en el estado médico o dental de mi hijo/a. Autorizo a Pediatric Dental Specialists a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo/a pueda necesitar. Autorizo el uso de radiografías y fotografías con fines educativos y para publicaciones científicas. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros del tratamiento o examen realizado a mi hijo/a durante dicha atención, a terceros u otros profesionales de la salud. Solicito que mi compañía de seguros pague directamente al dentista. Entiendo que mi aseguradora podría pagar menos de la factura real por los servicios; por lo tanto, acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi hijo.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre impreso del padre/tutor _____ Relción con el paciente _____