



Thornton  
Kids Dentistry

## FORMAS DE REGISTRO

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

**Persona Responsable** (Persona de contacto primario para programación de citas y facturas)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_

Números de teléfonos Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos contactar con usted? Teléfono de casa [ ] Teléfono móvil [ ] Email [ ] Mensaje de texto [ ]

### Contacto alternativo

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Números de teléfonos Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**COMO ESCHUCHO DE NUESTRA OFICINA? (marque todas las que aplican)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Remitente                                    | <input type="checkbox"/> Medio de comunicación social |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet (Google, Yelp, etc.)    | <input type="checkbox"/> Proveedor de seguro          |
| <input type="checkbox"/> Referido por un paciente: _____              | <input type="checkbox"/> Revista/Directorio: _____    |
| <input type="checkbox"/> Referido por su Doctor/Oficina Dental: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |

**Informacion de los niños**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Número de identificación del Medicaid o CHP+ \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Número de identificación del Medicaid o CHP+ \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Número de identificación del Medicaid o CHP+ \_\_\_\_\_

**Aseguranza dental primaria**

Nombre de la aseguranza \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
Número de identificación del asegurado \_\_\_\_\_ Si es diferente a la primera parte, favor de completar la información de abajo:  
Número de seguro social del asegurado \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

**Aseguranza dental secundaria**

Nombre de la aseguranza \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Número de identificación del asegurado \_\_\_\_\_ Si es diferente de la primera parte, favor de completar la información de abajo:

Número de seguro social del asegurado \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Por favor proporcione a la oficina una copia de su tarjeta de seguridad. Estas tarjetas contienen información que se requiere para procesar la información necesaria de la seguridad.

**Póliza financiera de la seguridad**

Estamos dedicados a proveer a nuestros pacientes con el tratamiento óptimo disponible y nos basamos en las decisiones sobre lo que es mejor para su hijo(a) y no en lo que va a pagar su aseguranza .

Estamos felices de mandar su bill a la aseguranza como una cortesía para usted. Es su responsabilidad conocer los detalles de su póliza en particular. Vamos a presentar un plan de tratamiento y un estimado de sus gastos. Esto es solo un estimado. Cualquier monto no cubierto por su aseguranza será su responsabilidad.

**Cualquier pago se hará en el momento que los servicios se han realizado. Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales, y tarjetas de crédito.**

**Plan de pago:** Aceptamos Care Credit. Este es un costo efectivo para que usted pague todos los gastos medicos, dentales, etc.

La informacion se puede encontrar en [www.carecredit.com](http://www.carecredit.com).

**Parte financiera:** En 90 dias su aseguranza hára un pago a nosotros. Después de este tiempo cualquier saldo pendiente será su responsabilidad. Cualquier pregunta al respecto con lo que su aseguranza no ha pagado debe dirigirse a su compañía de seguros. Si no hemos recibido el pago de usted después de otros 90 días su cuenta será entregada a una agencia de cobros sin previo aviso y usted será responsable de una comisión de cobro del 35%. En caso de divorcio, el padre que trajo al niño(a) a nuestra oficina sera responsable de pagar el balance.

**Aviso a los padres:** Usted puede permitir que su hijo obtenga premios en su propio riesgo. **Advertencia:** Artículos en el cofre de Tesoro pueden suponer un peligro de asfixia. Premios pequeños no son para niños menores de 3 años de edad. Premios también pueden contener materiales desconocidos y/o perjudiciales. Los padres son responsables y no el personal de Treasured Teeth.

Zona de juegos infantil no es supervisado por el personal de Treasured Teeth; Es la responsabilidad de los padres para monitorear la seguridad de su hijo(a) mientras se encuentra en la sala de espera, en el barco pirata o jugando en los juegos de video. Los padres son responsables de cuidar a sus niños y no el personal de Treasured Teeth.

He leído la política de la oficina y acepto los términos y condiciones.

Firma del padre (tutor): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Política de citas perdidas**

Nuestra meta es proporcionar atención dental individualizada de calidad de manera oportuna. No se presenta, muestra tardía y cancelaciones causan molestias a las personas que necesitan acceso a la atención dental. Nos gustaría recordarle nuestra política con respecto a las citas perdidas.

**Cancelación de una cita:** para ser respetuoso con las necesidades de otros pacientes, por favor sea cortés y llame a la oficina del Dr. Tippet's con prontitud si no puede presentarse a una cita. Esta cita será reasignada a alguien que está en necesidad de tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, requerimos que usted llame por lo menos 24 horas por adelantado. Si su cita es Sedación Consciente. Esta cita tiene que cancelar con una semana de anticipación, para Anestesia General, la cita tiene que ser cancelar con 2 semanas de anticipación. Citas están en alta demanda, y la cancelación anticipada permitirá a otros pacientes tener acceso a la atención atención médica.

**Cómo cancelar su cita:** para cancelar su cita, llame al 970-240-8694 si no llega a la recepcionista, puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz. Si desea volver a programar su cita, por favor deje su nombre y número de teléfono, nosotros le regresaremos su llamada con prontitud.

**Cancelaciones tarde:** se considera que una cancelación es tardía cuando la cita es cancelada sin el aviso anterior, y el siguiente horario de tarifas se aplicará en caso de una cita perdida:

Cita General: \$200.00

Cita de Sedación Consiente: \$300.00

Cita de Anestesia General: \$500.00

**Política de ausencia:** una "ausencia", es un paciente que se pierde una cita sin cancelarla. El hecho de no estar presente en el tiempo de su cita programada será registrado en la carta del paciente como no presente eso incluye llegar 10 minutos después de la cita de su horario.

La primera vez que no se presente, una cancelación tardía o una cancelación sin una excusa razonable no habrá cargo para el paciente. Una segunda ocurrencia dará lugar a una cuota de la visita. La tercera ocurrencia será la cuota de la visita y el paciente puede ser dado de alta de la oficina.

Para la primera visita de nuestros pacientes nuevos si no se presenta o hay una cancelación tardía tendrá un cargo completo de nuevo paciente en su tarjeta de crédito en el archivo.

Firma: \_\_\_\_\_

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

My Pediatric Dentist Montrose

Especialista Dental de Pediatría

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**\*\*\* Usted Puede Negarse a Firmar Este Reconocimiento \*\*\***

Yo, (por favor escriba nombre del padre / tutor) \_\_\_\_\_

he recibido una copia del aviso de esta oficina de prácticas de privacidad para leer y / o llevar a casa.

\_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre de su hijo(s)

\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_

Fecha de Hoy

### Para uso exclusivo de la oficina

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a:

\_\_\_\_\_ El individuo se negó a firmar

\_\_\_\_\_ Barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación

\_\_\_\_\_ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

\_\_\_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

©2002 de la Asociación Americana Dental - Todos los derechos reservados

Se permite la reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal. Cualquier otro uso, reproducción o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la Asociación Dental Americana.

**Forma de Consentimiento: Publicar Fotos/Video de Menores de Edad**

**Thornton Kids Dentistry** pide su permiso para usar fotos y videos para nuestra pagina de internet, medios sociales y para la comercialización solamente. Es nuestra política que nunca revelaremos o utilizaremos nombres y apellidos de los menores cuando publicamos fotos y videos.

Los padres tienen el derecho de conceder o rechazar permiso cuando se trata de su niño(s).

- Si, estoy de acuerdo en permitir permiso para que **Thornton Kids Dentistry** tome fotos o video de mi niño(s).
- No, yo no doy permiso para que **Thornton Kids Dentistry** tome fotos o video de mi niño(s).

Nombre de niño(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

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

## Historia Medica

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿Hubo dificultades durante el embarazo, parto, o el primer año de vida? (Incluyendo el nacimiento prematuro) Sí [ ] No [ ]

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Quién es el médico de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿El médico atiende actualmente a su hijo(a) por una enfermedad específica? Sí [ ] No [ ]

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) está tomando medicamentos? Sí [ ] No [ ] Por favor escriba \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño(a) hospitalizado en el pasado? Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, indique cuando: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) ha tenido cirugía en el pasado? Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, indique cuando: \_\_\_\_\_

¿Se utilizó anestesia general? Sí [ ] No [ ] Si es afirmativo, explique las complicaciones: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) tiene alguna alergia a algunos medicamentos? Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, indique cuáles: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) es alérgico al látex? Sí [ ] No [ ]

¿Tiene su hijo(a) las vacunas al día? Sí [ ] No [ ]

¿Alguna vez ha tenido su hijo(a) alguna de estas complicaciones o ha sido diagnosticado con alguna de estas condiciones?														
			Sí	No				Sí	No				Sí	No
Sida/VIH					Dolores de cabeza crónicos					Soplo en el corazón				
Anemia					Infecciones crónicas del oído					Hemofilia				
Asma					Labio leporino					Hepatitis				



Autismo		Enfermedad cardíaca		Hiperactividad	
Condiciones de Vejiga		Retrado en el desarrollo		Enfermedad renal	
Transfusión de sangre		Diabetes		Leucemia	
Defectos de nacimiento		Trastornos emocionales		Retraso mental	
Problema de articulaciones		Epilepsia/convulsiones		Deficiencia nutricional	
Lesion cerebral		Problemas de los ojos		Úlceras orales	
Aparición de moretones		Sangrado excesivo		Ortopédico(a)	
Cáncer		Náuseas excesivo		Fiebre Reumática	
Parálisis cerebral		Desmayos o mareos		Escoliosis	
Abuso infantil		Problemas de crecimiento		Anemia (células falciformes)	
Amigdalitis crónica		Problemas de audición		Tuberculosis	

## Historia Dental

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) ha ido al dentista?.....

Sí [ ] No [ ] ¿Cómo escucho de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

1. ¿Cuando fue la ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_

- ¿En la ultima visita le tomaron radiografias?..... Sí [ ] No [ ]
2. ¿Su niño(a) ha tenido caries en el pasado?..... Sí [ ] No [ ]
3. ¿Su niño(a) ha tenido problemas con tratamiento dental en el pasado? ..... Sí [ ] No [ ]
4. ¿Su niño(a) ha tenido una experiencia dental negativa en el pasado? ..... Sí [ ] No [ ]
5. ¿Su niño(a) ha tenido selladores puestos por un dentista? ..... Sí [ ] No [ ]
6. ¿Que tan frecuente su niño(a) come dulce/toma bebidas dulces?  
 Casi nunca     Una vez al dia     Frecuentemente
7. ¿Cuantas veces al dia se sevilla los dientes su niño(a)? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuando se sevilla los dientes su niño(a) los dientes?  
 Por la mañana     Despues de comer     Despues de cenar     Antes de ir a dormir
9. ¿Tiene mal aliento su niño(a)?  
..... Sí [ ] No [ ]
10. Por favor marque cualquiera de los siguientes hábitos que tiene su hijo(a):  
 Se chupa su niño(a) el dedo pulgar     Se chupa o muerde los labios     Usa chupón  
 Respira por la boca     Toma tetera en la cama     Rechina los dientes
11. ¿Su niño(a) ha tenido experiencias de lastimaduras dentales? [ ] Sí [ ] No en caso afirmativo, indique cuando  
\_\_\_\_\_
12. ¿Que es los mas importante para usted del cuidado dental de su niño(a) y referente al dentista?  
\_\_\_\_\_
13. ¿Tiene alguna preocupación acerca de su niño(a) relacionada con los dientes?  
\_\_\_\_\_

**Yo doy mi permiso a Treasured Teeth para darme el tratamiento dental para mi hijo(a) que el dentista lo considere necesario y apropiado. El tratamiento de rutina puede incluir: limpiezas, radiografias, fluoruro, anestesia topica y local (inyecciones), oxigeno relajante, etc.**

Firma del padre (tutor) \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

