



James L. Hutton, D.D.S. * Heather H. Owens, D.D.S.

Gina Hanafi Carney, D.M.D.

Certificados por la Junta Americana de Odontología Pediátrica

(931)381-9721

www.childrensdentalcolumbia.com

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO

Nombre: _____

Nombre Llamado: _____

Género: Masculino Femenino Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Hermanos/Edades: _____

Escuela/Grado: _____

Médico del paciente: _____

Teléfono del médico: _____

Fecha de la última visita al médico: _____

Seguro Social de su hijo: _____

TennCare: Sí No

INFORMACION DE LA MADRE/TUTOR

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Tel de casa: _____ Celular: _____

Empleador: _____

Trabajo#: _____ SS#: _____

Fecha de nacimiento: _____

Licencia de conducir: _____

Correo electrónico: _____

Estado Civil: Casada Soltera Separada Divorciada Viuda

INFORMACION DE EL PADRE/TUTOR

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Tel de casa: _____ Celular: _____

Empleador: _____

Trabajo#: _____ SS#: _____

Fecha de nacimiento: _____

Licencia de conducir: _____

Correo electrónico: _____

Quien tiene custodia legal de este niño? _____

Fue adoptado su hijo? Sí No

¿Otros niños en su familia que hayan recibido atención dental de esta oficina? _____

¿Es esta la primera visita de su hijo a un dentista? Sí No

En caso de no, nombre de dentista previo: _____

¿A quién podemos agradecer por referirlos? _____

¿Su hijo ha tenido una experiencia desfavorable en un consultorio médico o dental? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Su hijo ha tenido alguna reacción desfavorable a los medicamentos, incluidos los antibióticos y los anestésicos locales? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Por favor indique los nombres, la dosis y la frecuencia de todos los medicamentos que toma actualmente su hijo:

¿Está su hijo siendo tratado por un médico? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Fuente de agua casera: Ciudad Pozo Manantial

¿Su hijo toma suplementos de fluoruro? Sí No

Condiciones Dentales: Por favor Circule

Diente Quebrado Lesión Bucal Dolor de Mandibula
Caries Dientes Sensibles Ampollas de Fiebre
Dientes Chuecos Úlceras Bucales Usa Chupón
Chupar de Dedos Dolor de Muelas

Condiciones Medicas: Por favor Circule

Anemia Asthma Déficit de Atención
Autismo Sangrado Transfusiones de Sangre
Diabetes Parálisis Cerebral Labio/Paladar Hendido
Hepatitis Fiebre Reumática Síndrome de Down
Epilepsia Convulsiones Problemas Emocionales
Desmayo Desorden Nervioso Enfermedad Mental
VIH/SIDA Riñón /Hígado Defecto del Corazón
Tuberculosis Retraso Mental Discurso /Audición

Otra: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (MENOR)

El Dr. James Hutton, la Dra. Heather Owens y la Dra. Gina Hanafi están comprometidos a proporcionar el mayor cuidado posible para su hijo. Como su hijo es menor de edad, es necesario obtener consentimiento firmado de los padres o tutor legal antes de cualquier tratamiento dental se puede realizar.

Clínico

1. Como el padre o tutor legal, yo autorizo a Children's Dental Associates para realizar todo tratamiento recomendado para mi hijo.
2. Yo autorizo a Children's Dental Associates para tomar las radiografías, estudio de modelos, fotos, y otras ayudas de diagnóstico o materiales necesarios para realizar un diagnóstico exhaustivo. Yo autorizo a que estas ayudas o materiales pueden ser liberados a terceros pagadores y/o otros profesionales de la salud.
3. Yo autorizo el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos, según sea necesario y soy plenamente consciente de que utilizar agentes anestésicos implica ciertos riesgos, incluyendo, pero no limitado al enrojecimiento y la hinchazón de los tejidos, dolor, vómitos, mareos, aborto espontáneo, paro cardíaco, somnolencia o falta de coordinación.

Financiero

4. Yo soy responsable del pago por los servicios prestados en nombre del paciente. Entiendo que el pago es debido cuando se prestan los servicios.
5. Entiendo que habrá un cargo de \$35 por cualquier cheque devuelto y no aceptarán cheques futuros para el pago.
6. El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Se aplica una tarifa de procesamiento del 3,95 % a las transacciones de pago con tarjeta de débito y crédito. La tarifa del 3,95% es no se aplica al pagar con ACH, efectivo o cheque.

Seguro

La cobertura proporcionada por las compañías de seguros varía de una compañía a otra. Es imposible para nuestra oficina saber cuánto paga cada compañía por cada procedimiento y qué no cubre. Por lo tanto, es importante que se familiarice con su cobertura de seguro. El hecho de que su seguro opte por no cubrir un determinado procedimiento no significa que el procedimiento no sea importante para su hijo. Como proveedores de atención dental, nuestra relación es con usted y su hijo, no con su compañía de seguros. La presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que brindamos a nuestros pacientes, sin embargo, todos los cargos son su responsabilidad desde el momento en que se prestan los servicios. Recogeremos la parte estimada por computadora más cualquier deducible requerido por su compañía de seguros. Nuestra supervisora de la oficina de negocios puede ayudarle si necesita financiamiento para el tratamiento.

6. Autorizo a Children's Dental Associates a divulgar al personal, hospitales, planes de servicios de atención

médica, compañías de seguros, auto aseguradores o sus representantes, toda la información, registros, radiografías sobre el historial médico del paciente, los servicios prestados o el tratamiento recomendado.

7. Autorizo a la práctica a presentar reclamaciones por el pago de los servicios prestados o las autorizaciones previas necesarias para mi compañía de seguros, en mi nombre o en nombre de mi hijo y en mi nombre que figura como "firma en el archivo" y asigno a Children's Dental Associates los beneficios de seguro que proporcionan la asignación es aceptado. Soy responsable del pago, independientemente de la cobertura que ofrezca mi seguro.

Citas Rotas

8. Entiendo que se requiere un aviso de cancelación de 24 horas y que mi hijo puede ser despedido de la práctica si falto a 3 o más citas con el dentista sin avisar con 24 horas de anticipación.

Por favor liste cualquier procedimiento que NO quiera que se le realice a su hijo:

No responsabilizo al Dr. Hutton, la Dra. Owens o la Dra. Hanafi por cualquier efecto perjudicial que resulte de la no realización de los procedimientos anteriores. He leído y comprendido la información anterior. Quiero que se realicen los procedimientos que representan el estándar de atención presentado por la Academia Americana de Odontología Pediátrica y la Asociación Dental Americana. Entiendo que en caso de que exista algún procedimiento que no desee que se realice con mi hijo, debo notificarlo a la oficina antes de la visita de mi hijo. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el Dr. Hutton, la Dra. Owens o la Dra. Hanafi realicen servicios dentales para mi hijo.

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Firma del Padre/Tutor Legal

Relacion al Paciente

Fecha

*** Esta forma no expira hasta que el padre / tutor legal complete otro "Consentimiento del Paciente (Menor)".