



8305 County Road 44, Leg A, Leesburg, FL 34788

P: (352)504-3530 F: (352)748-1880

www.Smiles4Leesburg.com

Email: LeesburgSmiles44@gmail.com

Para ayudarnos a servirle mejor, complete los siguientes formularios lo mejor que pueda.

Si tiene preguntas, ¡no dude en hacérselo saber!

¡Gracias por dejarnos ser parte de tu sonrisa!

Nombre del niño: _____ DOB (MM/DD/AAAA): _____

Apodo: _____ Años: _____ Numero Social #: _____

Género: Masculino Hembra Otro _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Número de teléfono: _____

¿A quién podemos agradecer por referirnos a nosotros? _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

PADRE/PADRE DE CRIANZA/TUTOR LEGAL Información (Madre/Tutor)

Nombre: _____ Relación: _____

DOB (MM/DD/AAAA): _____ Numero Social #: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Recordatorios de texto para citas: Sí o No

PADRE/PADRE DE CRIANZA/TUTOR LEGAL Información (Padre/Tutor)

Nombre: _____ Relación: _____

DOB (MM/DD/AAAA): _____ Numero Social #: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Recordatorios de texto para citas: Sí o No

LEESBURG SMILES NEW PATIENT PAPERWORK

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Compañía de seguros: _____ Nombre del asegurado: _____
Relación con el paciente: _____ DOB: _____ Numero Social #: _____
Empleador: _____ ID# de Suscriptor: _____ Grupo#: _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Compañía de seguros: _____ Nombre del asegurado: _____
Relación con el paciente: _____ DOB: _____ Numero Social #: _____
Empleador: _____ ID# de Suscriptor: _____ Grupo#: _____

CONSENTIMIENTO DE FLUORURO

La mayoría de las compañías de seguros cubren el tratamiento fluoruro dos veces al año; sin embargo, algunas compañías de seguros solo pagan la aplicación de fluoruro una vez al año

POR FAVOR ELIJA UNO (1) DE LOS SIGUIENTES

Yo, _____, doy mi consentimiento para aplicar el tratamiento con fluoruro DOS VECES al año. Acepto que si mi seguro la empres NO paga la segunda solicitud, que soy financieramente RESPONSABLE del pago

Yo, _____, doy mi consentimiento para aplicar el tratamiento con fluoruro solo UNA VEZ al ano

Yo, _____, no deseo que se aplique el tratamiento con fluoruro a mi hijo en ningún momento.

ACUERDOS FINANCIEROS / ACUERDO DE SEGURO

Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnostico y los registros de tratamiento o examen prestados a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y / u otros profesionales de la salud. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos de la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi dependiente. Acepto ser responsable de todos los honorarios incurridos al intentar cobrar estos honorarios.

Cualquier saldo pendiente de pago (como se indica en un estado de cuenta), que no se pague dentro de los 28 días de la fecha de facturación mensual, se aplicara en cargo por retraso del 15% cada mes. Me doy cuenta de que, si no mantengo esta cuenta actualizada, mis hijos no podrán recibir servicios dentales adicionales, excepto en caso de emergencias dentales o cuando haya un pago previo por servicios adicionales. En el incumplimiento del pago de esta cuenta (pago que vence más de 60 días), acepto pagar un costo de cobro adicional (33% del saldo impago), gastos de envío, honorarios de abogados y tribunales incurridos al intentar cobrar este monto o cualquier monto pendiente en el futuro saldos

Por la presente autorizo a la oficina a contactar los números de teléfono designados y / o la dirección de correo electrónico que figuran en la cuenta del paciente. Con esta autorización, se puede dejar un mensaje / comunicación que indique la hora y las fechas de la cita, recordatorios, saldos adeudados y / o copagos estimados para futuras visitas.

Persona financieramente responsable de la cuenta _____

Firma del parte o Tutor legal

Fecha

Niño en cuidado de crianza – Niños y jóvenes y padres de crianza no firmarán

Iniciales del personal _____

HISTORIA DENTAL

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

Dentista anterior: _____ Ciudad: _____

Fecha de la última visita: _____ Fecha de las últimas radiografías: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Cualquier lesión en los dientes o mandíbulas de su hijo (caídas, golpes, astillas, etc.) Sí o No

¿Tiene su hijo antecedente de: (Por favor marque todos los que apliquen)

- Chuparse el dedo Chuparse los labios Chupete
 Chuparse los dedos Mordiendo las uñas

¿Ha experimentado su hijo alguna reacción desfavorable de atención médica o dental previa? Sí o No

Si es así, por favor describa: _____

¿Cómo cree que su hijo actuara hacia el dentista? _____

¿Edad del niño cuando se discontinuó el biberón o la lactancia? _____

PREVENTATIVE DENTAL HISTORY

¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo? _____ ¿Se supervisa el cepillado de dientes? Sí o No

Si es así, por quién y cuándo: _____

¿Usa hilo dental? Sí o No

¿Su hijo recibe: Fluoruro en Vitaminas Tabletas/Gotas de fluoruro Agua fluorada

Si es así, ¿con qué frecuencia?: _____ Ninguna

PERMISSION FOR OTHERS TO ESCORT CHILD TO DENTAL APPOINTMENTS

Entendemos que puede haber ocasiones en que no pueda asistir a la cita dental de su hijo. Para ayudar a que su visita sea lo más rápida y agradable posible, por favor proporcione la siguiente información.

Yo, _____, por la presente doy permiso a las siguientes personas para que traigan a mi(s) hijo(s) a la práctica y en efecto, tener acceso a información privada sobre su tratamiento. Reconozco que durante el tratamiento las circunstancias imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes de los discutidos. Por la presente, autorizo a la(s) persona(s) mencionada(s) a dar su consentimiento para la realización de cualquier procedimiento adicional que se considere necesario o deseable para la salud y el bienestar bucal de mi hijo a juicio profesional de los dentistas. Autorizo a la compañía y a sus empleados a discutir toda la información dental y médica con las siguientes personas enumeradas a continuación.

Nombre de la persona _____

Relación con el paciente _____

Nombre de la persona _____

Relación con el paciente _____

Firma

Nombre impreso

Fecha

HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Ha estado su hijo bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? Sí o No
 Si es así, ¿para qué? _____
 Nombre del médico _____ Teléfono _____
 Dirección _____
2. ¿Ha tomado su hijo algún medicamento o drogas durante los últimos dos años? Sí o No
3. ¿Tiene su hijo alguna reacción alérgica o adversa a medicamentos o sustancias? Sí o No
 Anótelos aquí: _____
4. ¿Ha sido su hijo paciente en el hospital durante los últimos cinco años? Sí o No
 Si es así, explique aquí: _____
5. Indique cuál de los siguientes ha tenido O tiene actualmente. Encierra en un círculo "sí" o "no"

ADD/ ADHD	Yes	No	Defectos de Nacimiento Congénitos	Yes	No	Infección Renal / Hepática	Yes	No
SIDA/ARC/VIH	Yes	No	Enfermedad Cardíaca Congénita	Yes	No	Problemas Renales	Yes	No
Alergias	Yes	No	Lentes de Contacto	Yes	No	Sensibilidad al Látex	Yes	No
Alergia o sensibilidad a la anestesia	Yes	No	Diabetes	Yes	No	Leucemia	Yes	No
Anemia	Yes	No	Sensibilidad a las Drogas	Yes	No	Problemas Pulmonares	Yes	No
Articulaciones Artificiales	Yes	No	Epilepsia	Yes	No	Problemas del Sistema Nervioso	Yes	No
Protesis Artificiales	Yes	No	Mandíbula Fracturada	Yes	No	Osteoporosis/penia	Yes	No
Asperger's	Yes	No	Dolores de Cabeza Recurrentes	Yes	No	Nacimiento prematuro	Yes	No
Asma	Yes	No	Deficiencia Auditiva	Yes	No	Atención Psiquiátrica	Yes	No
Autismo	Yes	No	Soplos Cardíacos	Yes	No	Convulsiones	Yes	No
Problemas de Sangrado	Yes	No	Problemas Cardíacos	Yes	No	Problemas Sinusales	Yes	No
Trastornos de la Sangre	Yes	No	Hemofilia	Yes	No	Problema del Habla	Yes	No
Historia de Transfusiones de Sangre	Yes	No	Hepatitis A B C	Yes	No	Problemas de Tiroides	Yes	No
Lesión Cerebral / Conmoción Cerebral	Yes	No	Presión Arterial Alta	Yes	No	Tuberculosis	Yes	No
Quimioterapia / Radioterapia	Yes	No	Temperaturas Altas	Yes	No	Tumores	Yes	No
Herpes Labial / Ampollas de Fiebre	Yes	No	Ictericia Amarilla	Yes	No	Problemas de Visión	Yes	No

¿Hay algo más con respecto a la salud física, mental, o emocional de su hijo que siente que deberíamos saber?

Si es así, por favor avise: _____

Entiendo que la información anterior es necesaria para brindarme atención dental de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas lo mejor que he podido y mis conocimientos. En caso de que se necesite mas información, usted tiene mi permiso para preguntar al proveedor o agencia de atención médica respectiva, quien puede divulgarle dicha información. Notificaré al médico sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

Firma del doctor: _____

Fecha _____

TABLA DE MEDICINA

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Nombre de Medicina	¿Para qué sirve?	Dosis	Doctor que Prescribe	Instrucciones Especiales

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE:

¿Estas tomando algún medicamento para la osteoporosis?

Fosamax Boniva Prolia Otro: _____

¿Ha tomado bifosfonatos, medicamentos para la osteoporosis / enfermedad ósea en el pasado?

Sí No Firma: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

LEA DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud de protección para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. También acepta que se le haya proporcionado acceso a una copia del Aviso de practicas de privacidad de la compañía.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes con respecto a su información de salud protegida y sus derechos de paciente bajo HIPAA. Le recomendamos que lo lea detenidamente y por completo antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios puedan aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluidas las revisiones de nuestro aviso, en cualquier momento desde el consultorio dental, nuestro sitio web o contratando a nuestro Oficial de privacidad.

Contacto: Dr. Ammar Mousa

Teléfono: (352)748-1880

Email: wildwoodsmiles@gmail.com

Dirección: 590 S Main Street, Wildwood, FL 34785

Derecho a Revocar: Tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante un aviso por escrito de su revocación presentada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que tomamos en dependencia de este consentimiento antes de recibir su revocación y que podemos negamos a tratar a su hijo si usted revoca este consentimiento.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del representante personal: _____

Firma

Fecha