



www.hilliardpediatricdentistry.com

5138 Norwich Street • Hilliard, Ohio 43026
Phone: 614-876-5500 • Fax: 614-876-8773

Nombre y apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Género biológico: Masculino Femenino

Se identifica como: Masculino Femenino Otro

Razón de su visita: _____

¿Quién los refirió a nosotros? _____

Historial médico del paciente. Favor circular sí o no.

Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia al latex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergia a nueces	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Síndrome de down	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Necesita pre-medicación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soplo cardíaco o problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de audición o del habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deiscapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su hijo padece de asma, ¿carga consigo albuterol? _____

¿Alguna otra condición médica? _____

Favor explicar: _____

Favor mencionar todos los medicamentos que su hijo(a) toma:

Nombre del médico primario o pediatra y el número de teléfono:

¿Su hijo(a) ha visitado al dentista anteriormente? Sí No

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____

¿Necesita ayuda para el cepillado? Sí No

¿Utiliza el hilo dental? Sí No

Nombre de la madre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Número SS: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____
Empleador/ocupación: _____

Nombre del padre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Número SS: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____
Empleador/ocupación: _____

Información del seguro dental

Seguro dental primario: _____
Número de teléfono: _____
Tenedor de la póliza: _____
ID de suscriptor: _____ # de grupo: _____

Seguro dental secundario: _____
Numero de teléfono: _____
Tenedor de la póliza: _____
ID de suscriptor: _____ # de grupo: _____

Autorizo a mi compañía del seguro a pagarle de dentista todos los beneficios del seguro prestados. Autorizo el uso de firmas electrónicas en todas las presentaciones de seguros. Autorizo al dentista a utilizar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro.

Consentimiento para los servicios

Por la presente certifico que he leído y comprendido la información y que es exacta y verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo el diagnóstico de la salud dental de mi hijo mediante radiografías, modelos de estudio, fotografías u otras ayudas diagnósticas que se consideren adecuadas. Autorizo al dentista a utilizar y divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros, a compañías de seguros, pagadores y/o profesionales de la salud de terceros. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente por servicios prestados que no estén totalmente cubiertos por el seguro y se me facturará este saldo restante. Doy mi consentimiento y acepto ser financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi hijo/dependiente.

Solicitamos que la cita se cancele o re programe al menos con 24 horas de anticipación, ya que nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$50 por cita no cumplida.

Reconocimiento HIPAA

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida descrita en esta autorización.

Entiendo que en cualquier momento, esta autorización puede ser revocada, cuando la oficina que recibe esta autorización recibe una revocación por escrito, aunque esa revocación no será efectiva en cuanto a la divulgación de registros cuya divulgación he autorizado previamente, o si se ha tomado otra acción en base a una autorización que he firmado.

Entiendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si me niego a firmar este formulario. Entiendo que la información utilizada o divulgada, de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, de ser así, puede no estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.

Firma: _____ Fecha: _____