



Patricia I. Juarez, D.M.D.
 5036 Jericho Turnpike, Suite 307
 Commack, NY 11725
 Tel: 631-486-6220 Fax: 631-486-6222
 Website: www.allaboutsmlsny.com

Nuevo Paciente Historia De Salud Actual
Favor tomar par de minutos a llenar esta forma lo mas complete posible.

Fecha: _____

Sexo: M F Edad: _____

Apellido del Nino/a: _____, Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apodo: _____ Entretenimiento: _____

Cellular de madre/padre : _____

Direccion de casa: _____
 Calle Ciudad Estado Zona postal

Persona responsable de pago: _____ Trabajo# _____ Casa #: _____

Quien te refirió a nosotros : _____ Tele: _____

Informacion de Seguro

Informacion de Padre/ Guardia :	Informacion de Madre/ Guardia:
Nombre: _____	Nombre: _____
Direccion: _____	Direccion: _____
Casa #: () _____ (Si diferente)	Casa #: () _____ (Si diferente)
Trabajjo#: () _____ Si diferente)	Trabajjo#: () _____ Si diferente)
Correo electronico: _____	Correo electronico: _____
SS#: _____ Fecha nacimiento: _____	SS#: _____ Fecha nacimiento: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Tienes seguro para el nino/a: <input type="checkbox"/> Si or <input type="checkbox"/> No	Tienes seguro para el nino/a: <input type="checkbox"/> Si or <input type="checkbox"/> No
Nombre del Plan: _____ Poliza #: _____	Nombre del Plan: _____ Poliza #: _____
Grupo#: _____	Grupo#: _____

Nombre del Pediatra: _____ Tele: _____

Nombre de la farmacia que usan: _____ Tele: _____

Cuando fue la ultima visita a un dentista del nino/a: _____ Esta Tomando Medicamentos: Si o No

Explicar para que esta tomando este/os medicamento/s: _____

Allergias: _____

El nino/a se a quejado de algun problema de los dientes? Si o No Toma alguna forma fluoruro? Si o No

El nino/a se cepllia los dientes diariamente? Si o No Algun de la boca, diente or cabeza? Si o No

El nino/a usa el hilo dental cada dia? Si o No Alguna mala experencia dental? Si o No

Tiene problema de aprendizaje? Si o No Algun problema en la escuela? Si o No

¿Tiene el niño hábitos de chuparse los dedos, morder las uñas, respirar por la boca, duerme con la botella? Si o No

¿Está el niño bajo cuidado de un médico Pediatra? Sí o N ¿Recibió algún medicamento o droga? Sí o N

¿Alguna vez ha sido hospitalizado? Sí o N Alguna vez ha tenido cirugía? Sí o N

¿He sangrado excesivo cuando se corta? Sí o N

En caso afirmativo, marque (X)

A.I.D.S./H.I.V. Epilepsia Enfermedad renal Asma Convulsiones

Nombre del niño/a): _____

Fecha: _____

- Parálisis cerebral Fiebre reumática Diabetes Problemas cardíacos
 Anemia Pox de pollo Desmayo Enfermedad hepática Problemas sinusales
 Problemas de la audición Sarampión Problemas de la tiroides
 Vejiga Mononucleosis Tuberculosis Cáncer Abuso de drogas / alcohol Hepatitis Paperas Otro

COMPORTAMIENTO DE LA ATENCIÓN

- ADHD ADD PDD HIPERACTIVIDAD OTROS
 Espectro de autismo: _____
 Problemas sensoriales: _____
 Asuntos Sociales: _____

AUTORIZACIÓN

La información es completa y correcta a mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar mi médico, si mi hijo menor tiene algún cambio en la salud.

Consentimiento Menor / Niño:

Soy el padre / guardián o representante personal de _____

Imprimir el nombre del niño/a

Y ahora no hay órdenes judiciales que me impidan firmar este consentimiento. Por este medio solicito y autorizo Dental para realizar los servicios dentales necesarios para el niño nombrado arriba.

Asignación y liberación del seguro:

Certifico que mis dependientes están cubiertos por un seguro con _____

(Nombre de la Compañía de Seguros)

Y asignar directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro. Si alguno, por lo demás pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Yo autorizo

El uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El médico mencionado anteriormente puede usar la información de atención médica de mi hijo y puede revelar dicha información a la (s) compañía (s) de seguro antes mencionada ya sus agentes con el propósito de obtener el pago de servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados.

He revisado la política de "Notificación de prácticas de privacidad" de las oficinas.

Firma de Madre/Padre/Guardia /Representante personal

Fecha

Letra de Madre/Padre/Guardia /Representante personal

Relacion al niño/a

Política financiera de la oficina

1. 24 horas de notificación de cancelación se requiere por adelantado. Se cobra un cargo de \$ 50 por los pacientes que faltan o cancelan citas el mismo día. ** Repetidas faltas / cancelaciones pueden resultar en ser dado de alta de la práctica.
2. Por favor llegue puntualmente a su cita; Si usted va a ser más de 10 minutos tarde, puede haber una posibilidad de que su cita puede que tenga que ser reprogramado.
3. **NOTA: LOS CHEQUES PERSONALES NO SERÁN ACEPTADOS. Gracias**
4. El pago se debe en el momento del servicio para aquellos con / sin seguro; Por favor, indique la opción de pago
Efectivo: _____ Crédito / Débito _____
5. Como cortesía le proporcionamos la información más precisa proporcionada por su seguro. Si hay algún cambio en su seguro, es su responsabilidad notificarnos. Tenga en cuenta que la verificación de cobertura NO es una garantía de pago. Estamos obligados contractualmente a cobrar copagos, coaseguro y deducibles, según lo indicado por su compañía de seguros.

*** Si su compañía de seguros paga menos de la cantidad estimada, recibirá una declaración de nuestra oficina. Si no se recibe ningún pago dentro de los 90 días de la primera declaración, su cuenta ingresará a las colecciones.**

*** LA MAYORIS DE SEGUROS NO CUBREN OXIDO NITROSO (AIRE DULCE). SI SU PLAN NO LO CUBRE, SERÁ \$ 50 POR PACIENTE.**

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la anterior política financiera.

Firma de Madre/Padre/Guardia: _____