

Registro del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre (<i>apellido, nombre, inicial</i>)		Fecha de nacimiento	Edad
Nombre preferido		Sexo ☐ masculino ☐ femenino	
Dirección de correo electrónico		Seguro social#	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Contacto primario #		Contacto secundario #	
Como supiste de nosotros?			

INFORMACIÓN FAMILIAR		
Nombre de Padre/Tutor legal	Relación al paciente	Fecha de Nacimiento
Contacto primario#	Contacto secundario#	
Nombre de Padre/Tutor legal	Relación al paciente	Fecha de Nacimiento
Contacto primario#	Contacto secundario#	
Quien es financieramente responsable del paciente?		
Hay otros miembro de la familia vistos por esta oficina? ☐ No ☐ Si (<i>Incluya de abajo</i>)		
Nombre	Fecha de Nacimiento	
Nombre	Fecha de nacimiento	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA		
A quien notificar en caso de emergencia? (<i>No viviendo con usted</i>)		
Nombre:	Relación:	Telefono:

HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE				
Dentista anterior			Fecha del ultimo examen	
Alguna experiencia dental infeliz? ☐ No ☐ Si, <i>Por favor explica.</i>				
El agua del paciente está fluorada? ☐ No ☐ Si ☐ Desconosido				
Preocupaciones inmediatas:				
HÁBITOS ORAL <i>Marque todo lo que corresponda.</i>				
☐ Mordiendo las uñas	☐ Respirar por la boca	☐ Usuario del chupon	☐ Dormir con biberón	☐ Chuparse el dedo
☐ Otro:				

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE				
Médico de atención primaria			Fecha del ultimo examen	
Nunca a sido hospitalizado?? ☐ No ☐ Si <i>Por qué/Cuando?</i>				
Medicamentos corriente:				
ALERGIAS				
☐ Látex	☐ Acrílico	☐ Pescado/Camaron	☐ Metal	☐ Anestesia Local
☐ Medicamentos para el dolor:		☐ Antibioticos:		
☐ Otras alergias:				
Alguna vez el paciente a tenido historia o dificultad con algo de lo siguiente?				
☐ ADD/ADHD	☐ AIDS/HIV	☐ Anemia	☐ Asma	☐ Autismo
☐ Trastorno de Conducta	☐ Problemas de vejiga	☐ Enfermedad de la sangre	☐ Cancer	☐ Parálisis cerebral
☐ Varicela	☐ Corazón congénito	☐ Retraso en el desarrollo	☐ Diabetes	☐ Síndrome de Down
☐ Abuso de drogas/alcohol	☐ Epilepsy	☐ Desmayo	☐ Dolor de cabeza frecuentes	☐ Heridas en la cabeza
☐ Enfermedad del corazón	☐ Soplo cardíaco	☐ Hepatitis	☐ Alta presion sanguinea	☐ Enfermedad del riñon
☐ Enfermedad del hígado	☐ Sarampión	☐ Desordenes mentales	☐ Mononucleosis	☐ Paperas
☐ Trastorno nervioso	☐ Embarazo	☐ Tratamiento de radiación	☐ Problemas respiratorias	☐ Fiebre reumática
☐ Alergias estacionales	☐ Convulsiones	☐ Cuestiones sensoriales	☐ Rasgo de células falciformes	☐ Célula falciforme activa
☐ Problema de sinusitis	☐ Problema del discurso	☐ Problemas estomacales	☐ Enfermedad de tiroides	☐ Tuberculosis
☐ Tumores	☐ Ulceras	Otro::		
Si alguna condicion seleccionado arriba necesita más aclaracion, por favor incluya esa información de bajo:				

RECONOCIMIENTO
La información que he dado en la forma de Registracion del Paciente es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que dando información incorrecta puede ser peligroso a la salud de mi hijo/a. Yo entiendo que se mantenera en lo más estricto de confianza, y es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cual quier cambio en el estado médico de mi hijo/a. Firma de Padre/Tutor legal_____ Fecha:_____

FORMULARIO DE PERMISO

Si necesita que alguien que no sea el padre o tutor legal traiga a su hijo, complete la información a continuación antes de firmar. **No podemos** ver a su hijo en ausencia del padre o tutor a menos que se complete lo siguiente.

Yo, _____ (Padre/tutor legal) dar permiso para:

_____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Número de teléfono
-----------------	-----------------------------------	-----------------------------

_____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Número de teléfono
-----------------	-----------------------------------	-----------------------------

Para acompañar a mis dependientes enumerados a continuación en citas dentales, firmar el consentimiento para tratamientos o procedimientos dentales y programar citas futuras.

_____ Nombre del paciente	_____ Fecha de nacimiento
------------------------------	------------------------------

_____ Nombre del paciente	_____ Fecha de nacimiento
------------------------------	------------------------------

_____ Nombre del paciente	_____ Fecha de nacimiento
------------------------------	------------------------------

_____ Nombre del paciente	_____ Fecha de nacimiento
------------------------------	------------------------------

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Nombre	Fecha de nacimiento	SS/Medicaid #
Nombre	Fecha de nacimiento	SS/Medicaid #
Nombre	Fecha de nacimiento	SS/Medicaid #
Nombre	Fecha de nacimiento	SS/Medicaid #

INFORMACION DE ASEGURANZA			
COBERTURA PRIMARIA		COBERTURA SECUNDARIA	
Nombre de suscriptor		Nombre de suscriptor	
Fecha de nacimiento	Relación al paciente	Fecha de nacimiento	Relación al paciente
Compañía de aseguranza		Compañía de aseguranza	
SS# o ID#		SS# o ID#	
Grupo#		Grupo#	
Empleador		Empleador	

Se aceptan los planes de aseguranza después de la verificación y aprobación adecuadas de nuestro personal de oficina el día del servicio, si es posible. Si aceptamos su seguro, nuestra oficina presentará cualquier reclamo a su compañía de seguros como una cortesía para usted. Si el plan de su aseguranza no a pagado el BALANCE COMPLETO, y su reclamación no requiere verificación adicional de nuestra oficina, se requiere pagar el balance dentro los 30 DÍAS DE LA NOTIFICACIÓN. Si su aseguranza paga mas del balance adeudado, nosotros le reembolsaremos a menos que se solicite un crédito a su cuenta.

Acierto que el paciente está cubierto por el seguro y lo asigné directamente a Tipton & Powell Pediatric Dentistry. Entiendo que si tengo cobertura de seguro dental mi reclamación sera sometida como cortesía por Tipton & Powell Pediatric Dentistry. También entiendo que soy responsable de cualquier copago, deducible o porcentaje que mi póliza de seguro no cubra. Autorizo al medico dar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma de Padre/Tutor legal

Fecha

**CONSENTIMIENTO DE
TRATAMIENTO Y
DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN**

**TIPTON & POWELL PEDIATRIC
DENTISTRY**

BLAYNE TIPTON, DDS & JORDAN POWELL DDS
307 Carpenter Dam Road, Suite G, Hot Springs, AR 71901

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

Yo, siendo el padre o tutor legal de los pacientes menores anteriores, por la presente autorizo y solicito la realización de servicios dentales para este paciente por parte de los médicos y el personal de Tipton & Powell Pediatric Dentistry.

Autorizo a Tipton & Powell Pediatric Dentistry a:

- Realizar procedimientos de diagnóstico, tratamiento y técnicas de manejo del comportamiento que sean razonables, necesarias y aconsejables.
- Administrar anestésicos y/o analgésicos que se estimen convenientes.
- Divulgar cualquier información relacionada con el tratamiento de mi hijo con el propósito de los beneficios del seguro.
- Divulgar cualquier información sobre el tratamiento de mi hijo a otro dentista o médico.
- Recibir el pago de los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían.

Lo entiendo:

- Mi compañía de seguro dental o pagador de mis beneficios dentales puede pagar menos que la factura real de los servicios, y que soy responsable del pago completo de todas las cuentas.
- El plan de tratamiento a presentar, junto con las tarifas descritas podrían cambiar dependiendo del tiempo transcurrido desde el examen inicial y el alcance de la patología dental.

FINANCIAL POLICY

El pago se debe realizar cuando los servicios se prestan en efectivo, cheque, tarjeta de crédito y / o seguro dental. Se acepta la asignación en el seguro dental con el paciente pagando su porción estimada en el momento del servicio. Cualquier saldo será su responsabilidad. Cualquier sobrepago será reembolsado de inmediato. En caso de que sea necesario que Tipton & Powell Pediatric Dentistry busque ayuda para el cobro de una factura pendiente, la parte responsable será responsable de cualquier tarifa de agencia de cobranza, costo judicial y / o honorarios de abogados en los que se pueda incurrir como resultado.

Fichado _____ Fecha _____

Padre/Tutor



TIPTON & POWELL PEDIATRIC DENTISTRY

BLAYNE TIPTON, DDS & JORDAN POWELL, DDS

307 Carpenter Dam Road, Suite G
Hot Springs, AR 71901
501-520-KIDS (5437)
fax: 501- 520-5433

RELEASE OF X-RAYS AND RECORDS AUTHORIZATION

LIBERACIÓN DE RADIOGRAFÍAS Y AUTORIZACIÓN DE REGISTROS

I authorize release of dental x-rays and/or records of the patient(s) listed below to Tipton & Powell Pediatric Dentistry.

Autorizo la liberación de radiografías dentales y/o registros de los pacientes enumerados a continuación a Tipton & Powell Pediatric Dentistry.

Please include records and x-rays for the following family members:

Incluya registros y radiografías de los siguientes miembros de la familia:

Patient Name/ Nombre del paciente	DOB/ Fecha de nacimiento
Patient Name/Nombre del paciente	DOB/ Fecha de nacimiento
Patient Name /Nombre del paciente	DOB/ Fecha de nacimiento
Patient Name /Nombre del paciente	DOB/ Fecha de nacimiento

Name of Parent/Legal Guardian Requesting Information/
Nombre de padre/Tutor legal que solicita información

Date/ Fecha

Parent/Guardian Signature Firma del padre/tutor



POLIZA FINANCIAL/CONSENTIMIENTO DE PAGO

Nosotros estamos comprometidos a proporcionar el mejor cuidado posible, y estamos satisfechos a decirle nuestras tarifas profesionales en cualquier momento. Por favor pregunte si tiene alguna duda de nuestras tarifas profesionales, poliza financiera, o su responsabilidad.

PAGO COMPLETO SE DEBE AL MOMENTO DEL SERVICIO

En el momento de su visita inicial, puede ser necesario un tratamiento adicional. En caso, una cita será programada, y usted puede solicitar un estimado para el tratamiento necesitado. Nosotros aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Nosotros también ofrecemos financiamiento de terceros a través de Care Credit. TODAS LAS TARIFAS CITADAS SON ESTIMACIONES Y ESTAN SUJETAS A CAMBIOS DEPENDIENDO DE LA NATURALEZA DEL TRATAMIENTO NECESARIO.

CARGOS/ CUOTAS DESTACADAS

Si fuera necesario para Tipton & Powell Pediatric Dentistry para buscar ayuda en la colección de una factura pendiente, usted será responsable de cualquier cargo de agencia de cobro, gastos judiciales y / o tarifas de abogados que pueda incurrir como resultado.

POLIZA DE CHEQUE

Al utilizar un cheque para el pago, usted acepta los siguientes terminos: En caso que su cheque sea rechazado o devuelto por cualquier motivo, usted nos autoriza a presentar electrónicamente (o en borrador) el cheque a su cuenta de banco para coleccionar la cantidad del cheque, más cualquier tarifa aplicable según lo permitido por la ley estatal. Se cobrará una tarifa de \$25.00 por cualquier cheque devuelto.

CITAS PERDIDAS

A menos que cancele 24 horas por adelantado, usted puede ser sujeto a un cargo de \$25.00 por no asistir a su cita. Por favor ayúdenos a servirle mejor al cumplir con su cita programada.

HE LEIDO, ENTIENDO Y ACEPTO LAS POLIZAS FINANCIERAS DE TIPTON & POWELL PEDIATRIC DENTISTRY.

Firma de padre/Tutor legal

Fecha

POLIZA DE CITA “CANCELAR” Y “SIN PRESENTAR” DE TIPTON & POWELL PEDIATRIC DENTISTRY

Nosotros en Tipton & Powell Pediatric Dentistry entendemos que usted en veces necesita cancelar o reprogramar una cita a causa de emergencias o otras situaciones inesperadas. Si usted no puede mantener su cita, porfavor notifique al menos 24 horas antes de su cita. Usted puede reprogramar o cancelar su cita al llamar o mandar un mensaje de texto a nuestra oficina al 501-520-5437.

Para garantizar que cada paciente es dada la cantidad correcta de tiempo asignado a su visita y habilitar la calidad de cuidado para todos, es muy importante para cada paciente que tiene cita que atienda a tiempo. Citas con llegadas tarde y sin ser confirmadas podrian ser reprogramadas o canceladas a la discrecion del dentista. Como cortesia, trataremos de proveer un recordatorio de su cita entre 4 dias de su cita programada. Sin embargo, es su responsabilidad de llegar a tiempo a su cita, apesar si no recibe un recordatorio.

Por favor revise la poliza:

1. Por favor notifique a la clinica 24 horas antes de su cita si necesita cambiar o cancelar su cita. Nosotros mantenemos una lista de pacientes que necesitan ser revisados por nuestros medicos y cuando posible, nosotros ofrecemos citas canceladas a nuestros pacientes que estan en la lista de espera.
2. Si tenemos una notificacion de menos de 24 horas, la cancelacion sera documentada como cita “Cancelada”.
3. Si usted no se presenta a la clinica para su cita al tiempo asignado, su cita sera documentada como “Sin presenter”.
4. Despues de la segunda cita de “Cancelacion” o “Sin presentar”, usted recibirá un decordatorio de la poliza de citas de “Cancelacion/Sin presentar”. Nuestro personal de la cinica podra asistir para reprogramar su cita si es necesario.
5. Si tiene 3 citas “de “Cancelacion” o “Sin asistir” entre 12 meses o tiene 3 citas “Sin asistir/canceladas” consecutivas, recibirá una notificacion de nuestra clinica que el registro de su cita estan bajo revision y usted no podra programar citas en el futuro y sera puesto en la lista de Planificacion de mismo dia.

Como paciente de Tipton & Powell Pediatric Dentistry, porfavor note que es su responsabilidad de planear citas respectivamente y notificar la clinica pronto si tiene una dificultad de obtener su cita(s) programada.

Nosotros apreciamos a usted de elegir a Tipton & Powell Pediatric Dentistry y esperamos proveer un cuidado excelente para ti!

YO E LEIDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA POLIZA DE CITAS “SIN PRESNETAR” Y “CANCELAR”.

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____

Nombre de Padre/Guardian _____

HIPAA CONOCIMIENTO

Usted puede negar a firmar este conocimiento.

Yo entiendo que yo puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida descrita por esta autorización. Yo e sido dado una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de esta oficina.

Yo entiendo que a cual quier momento, la autorización puede ser revocada cuando la oficina que recibe esta autorización reciba una revocación por escrito, aunque esa revocación no será efectiva en cuando a la divulgación de registros cuya divulgación haya autorizado previamente, o en caso de que se haya tomado otra medida en virtud de una autorización que he firmado. Yo entiendo que mi cuidado de salud y el pago para mi cuidado de salud no será afectada si me niego a firmar este conocimiento.

Yo entiendo que la información utilizada o divulgada, conforme a esta autorización, podria estar sujeto a re-divulgación por el recipiente, si es así, no puede estar sujeto a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad

Nombre de Padre/Tutor legal _____

Firma de Padre/Tutor legal _____

Fecha _____

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

Other (Please Specify)