



Formulario De Registro De Paciente

Paciente 1: Apellido: _____ Nombre: _____ H/M Fecha de nacimiento: _____

Paciente 2: Apellido: _____ Nombre: _____ H/M Fecha de nacimiento: _____

Paciente 3: Apellido: _____ Nombre: _____ H/M Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

¿Con quién vive el paciente? _____

Información Del Primer Padre o Guardián Legal

Nombre de Madre/Padre: _____ SS#: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seleccione uno: Casado / Soltero / Divorciado

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de empleado: _____ Número de trabajo#: _____

Número de teléfono#: _____

Correo electrónico: _____

Información Del Primer Padre o Guardián Legal

Nombre de Madre/Padre: _____ SS#: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seleccione uno: Casado / Soltero / Divorciado

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de empleado: _____ Número de trabajo#: _____

Número de teléfono #: _____

Correo electrónico: _____

¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted para las próximas citas?

Seleccione Uno: Correo electrónico de mamá / Celular de mamá / Correo electrónico de papá / Celular de papá

¿Prefieres una llamada o un mensaje de texto? _____

¿Hemos visto a otros miembros de la familia? Seleccione uno: Si / No

¿Cómo te enteraste de la oficina de Kidzania? _____



Acuerdo Financiero

Por favor inicial y firmar afirmando que ha leído y entendido nuestros términos y condiciones.

___ **No presentarse/cancelación tardía:** Podemos cobrar una tarifa por cancelación tardía si no avisa con 24 horas de anticipación. Podemos cobrar una "No presentarse" tarifa de \$50 por todas las citas que no se presente. En caso de que se produzca una no presentación/ cancelación tardía entre familias con varios pacientes, nos reservamos el derecho de dejar de que hayan citas el mismo día.

___ **Aseguranza:** Nuestra relación es con las pacientes, no con las compañías de aseguranza. Su aseguranza es un contrato entre usted y su compañía. **Es su responsabilidad saber y comprender qué servicios cubre.** Facturamos a su aseguranza una cortesía para usted. Aunque podemos estimar lo que pagará su aseguranza, es la aseguranza la que toma la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Tenga en cuenta que algunos (o todos) de los servicios prestados pueden no estar cubiertos en su totalidad por su aseguranza. **Usted es económicamente responsable de cualquier servicio que no esté cubierto por su aseguranza.**

___ **Pago:** Requerimos que el pago de todas las visitas al consultorio y los procedimientos se pague a la hora/fecha del servicio. Aceptamos las siguientes opciones de pago: Efectivo, Visa, MasterCard y Discover. Todos los copagos y deducibles de la aseguranza deben pagarse en el momento del servicio. Si surgen problemas, lo alentamos a que se comunique con nosotros de inmediato para obtener asistencia en la administración de su aseguranza.

___ **Tratamiento: El padre o guardián legal del niño/niña debe acompañarlo a sus citas y permanecer en las instalaciones durante la duración de las citas. Para los menores no acompañados, se negará el tratamiento que no sea de emergencia.**

___ El tratamiento de todas las pólizas HMO debe pagarse por adelantado. Recibirá un reembolso mediante cheque una vez que nuestra oficina reciba el reclamo del seguro y se realice el pago de la aseguranza.

___ **Casos de sedación, intravenosos y hospitalarios: Requerimos un depósito de \$450 para TODOS los casos de sedación, sedación intravenosa y hospital.**

___ **Esta oficina no ofrece empastes de amalgama (plata).** Solo ofrecemos rellenos compuestos (blancos). Este tratamiento siempre se facturará a su aseguranza como un empaste compuesto. Su aseguranza puede reducir el costo del relleno de amalgama. Cualquier diferencia en el costo será responsabilidad del paciente.

___ **Estados de cuenta mensuales:** Le enviaremos un estado de cuenta a la dirección de facturación que proporcione para notificarle cualquier saldo que pueda adeudar. El pago completo se debe al recibir el estado de cuenta. Si tiene alguna pregunta sobre la validez de su balance, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina.

___ **Cuentas vencidas:** Si no realiza los pagos según lo acordado, su cuenta puede ser remitida a una agencia de colecciones y/oa un abogado. Usted será responsable de todos los costos de cobro incurridos, incluidos los honorarios de la agencia de colecciones, los honorarios de los abogados y los costos judiciales, si corresponde. Si su cuenta se asigna a una agencia de colecciones, se le notificará por correo certificado que ya no podrá recibir los servicios de Kidzania Pediatric Dentistry. La falta de aceptación de esta carta certificada (o de recoger en la oficina de correos) sirve como aviso de terminación hasta que su cuenta se haya restablecido a un estado satisfactorio.

___ **Renuncia a la confidencialidad:** Usted comprende que si esta cuenta se envía a una agencia de colecciones o a un abogado, si tenemos que litigar en la corte, o si su estado de mora se informa a una agencia de informes crediticios, el hecho de que recibió tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en un asunto de registro público.

___ **Divorcio:** En caso de divorcio o separación, el partido responsable de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo responsable de la cuenta. En el caso de un paciente menor de edad, después de un divorcio o separación, el padre que autorice el tratamiento del paciente será el padre responsable de los cargos posteriores. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre que autoriza cobrar el al otro padre.

___ **Fecha efectiva:** Una vez que haya puesto sus iniciales en cada línea y firmado esta política, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y la política entrará en pleno vigor.

___ Todos los beneficios de la aseguranza son pagaderos al consultorio dental, y acepto divulgar cualquier información necesaria para que el consultorio dental procese las reclamaciones.

He leído el acuerdo financiero de Kidzania Pediatric Dentistry, yo entiendo y acepto el acuerdo financiero.

Nombre de Paciente(s): _____

Firma de Padre/Madre o Guardián Legal : _____ **Fecha:** _____



26785 E. University Dr. STE 200, Aubrey, TX 76227

Políticas de la oficina

Acompañando a tu hijo/hija

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica sugiere que todos los pacientes mayores de 3 años que entran sin un padre o guardián legal. Si puede acompañar a su hijo/hija a la parte de atrás, pero podemos pedirle que pase a la sala de espera si estamos haciendo tratamiento. Pedimos que los padres o guardián legal acompañen a su(s) hijo/hija(s) a la cita.

Finanzas

El pago de los servicios profesionales vence en el momento en que se proporciona la atención dental. Se hará todo lo posible para proporcionar un plan de tratamiento que se ajuste a su horario y presupuesto. Aceptamos efectivo, MasterCard, Visa y Discover.

Programación de citas

Nuestra oficina intentará programar citas a su conveniencia y cuando haya tiempo disponible. Preescolar, los niños (1-6 años) hay que verlos por la mañana porque es cuando están más frescos, y podemos trabajar más despacio con el niño para su comodidad. Las citas dentales son una ausencia justificada y le proporcionaremos a su hijo un nota de la escuela. Las faltas a la escuela pueden reducirse al mínimo cuando se cuenta con atención dental regular.

Servicios de citas

Entiendo que esta cita y cualquier cita subsiguiente pueden incluir: Rayos X y Fluoruro

Al leer y firmar este formulario, acepta cumplir con estas políticas de la oficina. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto al tratamiento de su hijo/hija, los procedimientos de nuestra oficina, las finanzas o cualquier otra cosa, no dude en preguntar.

Firma de Padre/Madre o Guardián Legal

Fecha

HIPAA (Health Insurance Portability Accountability Act)

(Ley de Responsabilidad de Portabilidad del Seguro Médico)

Aviso de Prácticas de Privacidad

- Para proporcionar Tratamiento** – Usaremos la información de salud que proporcione en nuestra oficina para brindarle la mejor atención dental posible. Esto puede incluir compartir su información con dentistas, médicos, farmacias, laboratorios clínicos y dentales u otro personal de atención médica que brinde tratamiento.
- Para obtener el pago** – Se le enviará a su aseguradora de seguros una factura por escrito que indique el tratamiento dental realizado y también se le entregará a usted.
Esto incluirá todos los servicios prestados para cobrar el pago.
- Abuso o Negligencia** – Las autoridades gubernamentales serán notificadas si creemos que un paciente es víctima de abuso, violencia doméstica o negligencia. Haremos esta divulgación sólo cuando nos veamos obligados por nuestro juicio ético, cuando creamos que estamos específicamente o autorizados por la ley, o con el consentimiento del paciente.
- Amigos, familiares o cuidadores**– Compartiremos su información sólo con aquellos amigos, familiares o cuidadores cuando usted, el paciente, lo informe. Esto incluye medicamentos, tratamiento necesario/realizado e historial de pago. Se necesitará un permiso por escrito antes de divulgar cualquier información.
- Comunicación y Citas** – Siempre ha sido nuestra cortesía recordar a los pacientes las próximas citas. Esto incluye tarjetas postales y llamadas de confirmación. Al firmar, acepta recibir recordatorios.

Firma de Padre/Madre o Guardián Legal

Fecha



POLITICA DE LA OFICINA

Si el paciente es mayor de 5 años, le pedimos que les permita acompañar a nuestro personal a través de la experiencia dental. Todos tenemos mucha experiencia en ayudar al paciente a superar la ansiedad. La ansiedad por separación no es infrecuente en los niños, así que, por favor, trate de no preocuparse si su hijo/hija presenta algún comportamiento negativo. Esto es normal y pronto disminuirá. Los estudios y la experiencia han demostrado que la mayoría de los niños/niñas mayores de 5 años reaccionan de manera más positiva cuando se les permite experimentar la vista dental por su cuenta y en un entorno diseñado para niños. Para la privacidad y seguridad de todos los pacientes, solo se permite a uno de los padres acompañar al paciente para el examen.

Muchas gracias por su cooperación!

Firma: _____ Fecha: _____

Pediatric Medical History

Child's legal name: _____ Nickname: _____ Date of birth: ____/____/____
 Birth sex: M F Current gender identity: _____ Pronouns: _____ Race/Ethnicity: _____ Height: ____cm Weight: ____kg
 Name/age and relationship of others living in the household: _____

 Primary physician: _____ Address/phone: _____ Last visit: _____
 Medical specialists: _____ Address/phone: _____ Last visit: _____

- Is your child being treated by a physician at this time? Reason _____ YES NO
 Is your child taking any medication (prescription or over the counter), vitamins, or dietary supplements? YES NO
 List name, dose, frequency & date started: _____
 Has your child ever been hospitalized, had surgery or a significant injury, or been treated in an emergency department? YES NO
 List date & describe: _____
 Has your child ever had a reaction to or problem with an anesthetic? Describe _____ YES NO
 Has your child ever had a reaction or allergy to an antibiotic, sedative, or other medication? List _____ YES NO
 Is your child allergic to latex or anything else such as metals, acrylic, or dye? List _____ YES NO
 Is your child up to date on immunizations against childhood diseases? YES NO
 Is your child immunized against human papilloma virus (HPV)? YES NO

Please mark YES if your child has a history of the following conditions. For each "YES", provide details in the box at the bottom of this list. Mark NO after each line if none of those conditions applies to your child.

- | | |
|--|--|
| Complications before or during birth, prematurity, birth defects, syndromes, or inherited conditions | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Problems with physical growth or development | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Sinusitis, chronic adenoid/tonsil infections | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Sleep apnea/snoring, mouth breathing, or excessive gagging | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Congenital heart defect/disease, heart murmur, rheumatic fever, or rheumatic heart disease | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Irregular heart beat or high blood pressure | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Asthma, reactive airway disease, wheezing, or breathing problems | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Cystic fibrosis | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Frequent colds or coughs, or pneumonia | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Frequent exposure to tobacco smoke | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Jaundice, hepatitis, or liver problems | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Gastroesophageal/acid reflux disease (GERD), stomach ulcer, or intestinal problems | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Lactose intolerance, food allergies, nutritional deficiencies, or dietary restrictions | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Prolonged diarrhea, unintentional weight loss, concerns with weight, or eating disorder | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Bladder or kidney problems | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Fine/gross motor deficits, arthritis, limited use of arms or legs, muscle/bone/joint problems, or scoliosis | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Rash/hives, eczema or skin problems | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Impaired vision, visual processing, hearing, or speech | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Developmental disorders, learning problems/delays, or intellectual disability | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Cerebral palsy, brain injury, epilepsy, or convulsions/seizures | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Autism/autism spectrum disorder | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Recurrent or frequent headaches/migraines, fainting, or dizziness | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Hydrocephaly or placement of a shunt (ventriculoperitoneal, ventriculoatrial, ventriculovenous) | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD) | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Behavioral, emotional, communication, or psychiatric problems/treatment | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Abuse (physical, psychological, emotional, or sexual) or neglect | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Diabetes, hyperglycemia, or hypoglycemia | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Precocious puberty or hormonal problems | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Thyroid or pituitary problems | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Anemia, sickle cell disease/trait, or blood disorder | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Hemophilia, bruising easily, or excessive bleeding | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Transfusions or receiving blood products | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Cancer, tumor, other malignancy, chemotherapy, radiation therapy, or bone marrow or organ transplant | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Mononucleosis, tuberculosis (TB), scarlet fever, cytomegalovirus (CMV), methicillin resistant staphylococcus aureus (MRSA), sexually transmitted disease (STD), or human immunodeficiency virus (HIV)/AIDS | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

PROVIDE DETAILS HERE: _____

- Is there any other significant medical history pertaining to this child or his/her family that the dentist should be told? YES NO
 If YES, describe _____

What is your primary concern about your child's oral health? _____

How would you describe:

- your child's oral health? Excellent Good Fair Poor
your oral health? Excellent Good Fair Poor
the oral health of your other children? Excellent Good Fair Poor Not applicable

Is there a family history of cavities? YES NO If yes, indicate all that apply: Mother Father Brother Sister

Does your child have a history of any of the following? For each YES response, please describe:

- Inherited dental characteristics YES NO _____
Mouth sores or fever blisters YES NO _____
Bad breath YES NO _____
Bleeding gums YES NO _____
Cavities/decayed teeth YES NO _____
Toothache YES NO _____
Injury to teeth, mouth or jaws YES NO _____
Clinching/grinding his/her teeth YES NO _____
Jaw joint problems (popping, etc.) YES NO _____
Excessive gagging YES NO _____
Sucking habit after one year of age YES NO If yes, which: Finger Thumb Pacifier Other For how long? _____

How often does your child brush his/her teeth? _____ times per _____ Does someone help your child brush? YES NO

How often does your child floss his/her teeth? Never Occasionally Daily Does someone help your child floss? YES NO

What type of toothbrush does your child use? Hard Medium Soft Unsure

What toothpaste does your child use? _____

What is the source of your drinking water at home? City/community supply Private well Bottled water

Do you use a water filter at home? YES NO If YES, type of filtering system: _____

Please check all sources of fluoride your child receives:

- Drinking water Toothpaste Over-the-counter rinse Prescription rinse/gel Prescription drops/tablets/vitamins
 Fluoride treatment in the dental office Fluoride varnish by pediatrician/other practitioner Other: _____

Does your child regularly eat 3 meals each day? YES NO

Is your child on a special or restricted diet? YES NO If YES, describe: _____

Is your child a 'picky eater'? YES NO If YES, describe: _____

Does your child have a diet high in sugars or starches? YES NO If YES, describe: _____

Do you have any concerns regarding your child's weight? YES NO If YES, describe: _____

How frequently does your child have the following?

- Candy or other sweets Rarely 1-2 times/day 3 or more times/day Product _____
Chewing gum Rarely 1-2 times/day 3 or more times/day Type _____
Snacks between meals Rarely 1-2 times/day 3 or more times/day Usual snack _____
Soft drinks* Rarely 1-2 times/day 3 or more times/day Product _____

(* such as juice, fruit-flavored drinks, sodas, colas, carbonated beverages, sweetened beverages, sports drinks, or energy drinks)

Please note other significant dietary habits: _____

Does your child participate in any sports or similar activities? YES NO If YES, list: _____

Does your child wear a mouthguard during these activities? YES NO If YES, type: _____

Has your child been examined or treated by another dentist? YES NO

If YES: Date of first visit: _____ Date of last visit: _____ Reason for last visit: _____

Were x-rays taken of the teeth or jaws? YES NO Date of most recent dental x-rays: _____

Has your child ever had orthodontic treatment (braces, spacers, or other appliances)? YES NO If YES, when? _____

Has your child ever had a difficult dental appointment? YES NO If YES, describe: _____

How do you expect your child will respond to dental treatment? Very well Fairly well Somewhat poorly Very poorly

Is there anything else we should know before treating your child? YES NO

If yes, describe: _____

Signature of parent/guardian _____

Relationship to child _____

Date _____

Signature of staff member reviewing history _____

MEDICAL/DENTAL HISTORY UPDATE

Is your child being treated by a physician at this time? Reason _____ YES NO

Is your child taking any medication (prescription or over the counter), vitamins, or dietary supplements? YES NO

List name, dose, frequency & date started: _____

Has your child had any illness, surgery, injury, allergic reaction, or medical emergency in the past year? YES NO

Describe: _____

Has your child ever had a reaction to or problem with an anesthetic? Describe: _____ YES NO

Has your child ever had a reaction or allergy to an antibiotic, sedative, or other medication? List: _____ YES NO

Is your child allergic to latex or anything else such as metals, acrylic, or dye? List _____ YES NO

Have there recently been any significant changes/disruptions to your child's family, home, or school routines? YES NO

Describe: _____

What is your primary concern regarding your child's oral health? _____

Has your child had any tooth pain or injury to the mouth/teeth/jaws since last visiting our office? YES NO

Describe: _____

Has your child's diet changed significantly since his/her last dental visit? Describe: _____ YES NO

Has your child been treated by another dentist/dental professional since last visiting our office? Reason: _____ YES NO

Is there any other change in the child's medical, dental, or family history that the dentist should be told? YES NO

Describe: _____

Signature of parent/guardian _____

Relationship to child _____

Date _____

Signature of staff member reviewing history _____

SUPPLEMENTAL HISTORY QUESTIONS FOR AN INFANT/TODDLER

Was your child born prematurely? YES NO If YES, what week? _____

What was your child's birth weight? _____

How long was your child breast-fed? N/A less than 6 months 6-11 months 12-17 months 18-23 months 2 years or more

How long was your child bottle-fed? N/A less than 6 months 6-11 months 12-17 months 18-23 months 2 years or more

Do/did you feed your child infant formula? YES NO If YES, what type? (check one): Ready to use Powdered Liquid concentrate

Does/did your child sleep with a bottle? YES NO If YES, content of bottle? _____

Does/did your child use a no-spill training cup (sippy cup)? YES NO

Child's age (in months) when first tooth appeared in mouth _____

Has your child experienced any teething problems? YES NO

When did you begin brushing his/her teeth? N/A before age 6 months 6-11 months 12-17 months 18-23 months 2 years or more

When did you begin using toothpaste? N/A before age 6 months 6-11 months 12-17 months 18-23 months 2 years or more

Who is your child's primary care taker during the day? _____ during the evening? _____

Name/age of siblings at home: _____

Signature of parent/guardian Relationship to child Date Signature of staff member reviewing history

SUPPLEMENTAL HISTORY QUESTIONS FOR AN ADOLESCENT PATIENT (to be completed by the patient)

For each YES response, please describe: _____

Do you have any concerns about your mouth, teeth, or oral health? NO YES _____

Have you recently experienced any dental/oral pain? NO YES _____

Do you have any concerns with the appearance of your teeth or smile? NO YES _____

Do you bleach your teeth? NO YES _____

Have there been any recent changes in your dietary habits? NO YES _____

Are you taking any dietary or herbal supplements? NO YES _____

Do you participate in sports or high speed activities (for example skiing, four-wheeling, motorcycling)? NO YES _____

We recognize that patients may engage in certain behaviors/activities that can have significant consequences on their oral health and/or general health. In addition, medicines that we use to treat oral conditions may interact with drugs (prescription, over-the-counter, or recreational) and other substances a patient might be using. Therefore, we encourage our adolescent patients to answer all of the following questions truthfully. If you prefer not to answer an item, we hope you will discuss any concerns confidentially with your dentist.

Do you have any history of:

Oral habits (chewing fingernails, clenching/grinding teeth, etc.) NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Tobacco use (cigarette, pipe, cigar, bidi, snuff, spit, chew, etc.) NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Electronic cigarette (e-cig) use NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Eating disorder (anorexia, bulimia, etc.) NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Oral piercings/jewelry (including grill) NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Alcohol or recreational drug use/prescription abuse NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Inhalant use/abuse (such as huffing) NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Sexual activity (including oral sex) NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Abuse (physical, sexual, verbal, mental) NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Anxiety, depression, or feeling helpless/hopeless NO YES PREFER NOT TO ANSWER

Females: Are you pregnant or possibly pregnant? NO YES

Is there anything you would like to discuss confidentially with your dentist? NO YES

Would you like to discuss a referral to a family dentist or general dentist because of your age? NO YES

Signature of patient Date Signature of staff member reviewing history