



DENTAL INNOVATIONS OF COLUMBUS

Kendra Pavlik DDS

Michelle Barga DDS

Fecha: _____

Información Del Paciente

Lenguaje Preferido: Ingles Espanol

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Casado(a) Soltero(o) Divorciado(a) Separado(a) Vuida

Nombre: _____ Apellido: _____ Iniciales: _____ Prefiero ser Llamado: _____

Domicillo : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tele. Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ Correo Electronico : _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Num. SS: _____ - _____ - _____ Numero de Licencia: _____

Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial Escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado Nombre de Empleador : _____ Telefono: _____

Responsable de la cuenta (Si alguien que no sea el paciente)

Sexo: Hombre Mujer

Nombre: _____ Apellido: _____ Iniciales: _____

Domicillo Residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tele. Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ Correo Electronico: _____

Fecha de Nacimiento : ____/____/____ Num. S.S: _____ Numero de Licencia: _____

Empleador: _____ Telefono: _____ Estado Civil: Casado(a) Soltero(o) Divorciado(a) Separado(a) Vuida

Contacto de Emergencia (Miembro de la familia y no miembro de la familia)

Nombre: _____ Relacion: _____ Núm. de Teléfono: (____) _____ - _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Núm. de Teléfono: (____) _____ - _____

Seguro Dental Principal

Sexo: Hombre Mujer

Relacion: Propio Cónyuge Niño Otro

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimineto : ____/____/____ Num. SS.: _____ - _____ - _____

Empleador: _____ Compañía de Seguros: _____ Num de ID: _____

Seguro Dental Secundario

Sexo: Hombre Mujer

Relacion: Propio Cónyuge Niño Otro

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimineto : ____/____/____ Num. SS.: _____ - _____ - _____

Empleador: _____ Compañía de Seguros: _____ Num de ID: _____

Information Additional

A quién podemos agradecer por invitarle a nuestra práctica? _____

(Ex: Familia, amigo, guía telefónica, redes sociales, búsqueda en línea, periódico, radio etc.)

Historial Médico para _____

La salud general de su hijo, así como cualquier medicamento que usted tome, podría tener una importante interrelación con el cuidado dental que su hijo recibe.

Por favor Responda por completo a cada una de las siguientes preguntas.

Su hijo está bajo la atención de un médico ahora? Si No Nombre y Num. Tele _____

Su hijo tiene una farmacia actual? Si No Nombre y Num. Tele _____

Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o tenido una operación importante? Si No Año y lo que para _____

Su hijo está tomando algún medicamento? Si No

Su hijo ha sido visto por un dentista anterior? Si No

Cuándo fue la última visita dental de su último hijo? _____

Ha tenido dificultades con visitas dentales previas? Si No

Con qué frecuencia se cepilla su hijo? _____

Con qué frecuencia usa hilo dental su hijo? _____

Esta la agua fluorada de su hijo? Si No

Su hijo toma un suplemento de flúor? Si No

Lista de Medicamentos:

Su hijo

Se chupar pulgar/dedos? Si No

Masticar objetos duros (lápices, hielo, etc.)? Si No

Sueño inquieto o cansancio crónico? Si No

Morder/masticar uñas? Si No

Rechinar los dientes? Si No

Problemas para prestar atención en la escuela? Si No

Su hijo es alérgico a alguno de los siguientes?

Penicilina Latex Anestésicos locales Otro Por favor explique: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

ADHD/ADD Si No

Reflujo ácido Si No

Anemia Si No

Asma Si No

Transfusión sanguínea Si No

Cancer Si No

Convulsiones/epilepsia Si No

Diabetes Si No

Alergias alimentarias Si No

discapacidad/discapacidades Si No

Discapacidad auditiva Si No

Problemas cardíacos Si No

Hepatitis Si No

HIV/AIDS Si No

Tos persistente Si No

Fiebre reumática Si No

Problemas, hígado, estomago, rinon Si No

Tuberculosis Si No

Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada? Si No

En caso que si, sírvase explicar _____

A mi mejor conocimiento, las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo. O también autoriza al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar.

X _____
Firma del Paciente/Tutor si es Menor Fecha

HIPPA/ POLÍTICAS FINANCIERAS para _____

Información de contacto para la salud protegida yo solicito que se respeten las siguientes directivas para la divulgación de mi información de salud protegida (PHI). Esto incluiría mi nombre, diagnóstico, radiografías, resultados de las pruebas, fecha de los servicios e información financiera.

Usted puede divulgar información a mi familia y/o no miembro de la familia que se enumeran a continuación:

Nombre: _____ Relacion: _____ Num.Tele: (____)____ - _____
Nombre: _____ Relacion: _____ Num.Tele: (____)____ - _____

- Puede dejar información de salud protegida en mi correo de voz con usando el Num.Tele: (____)____ - _____
- Puede enviarme un mensaje de texto al Num.Tele: (____)____ - _____
- Puede enviar un correo electrónico (sin cifrar) de la cita dental al correo electrónico: _____

Yo acepto Rehusó una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

X _____
Firma del Paciente/Tutor si es Menor Fecha

DENTAL INNOVATIONS OF COLUMBUS POLÍTICAS FINANCIERAS

Este acuerdo es para informarle de su obligación financiera a nuestra práctica. Estamos comprometidos a proporcionarle la atención dental más completa utilizando sólo el material de alta calidad y la tecnología disponible en el mercado hoy en día. También estamos comprometidos a proporcionarle información actualizada y herramientas educativas para que pueda participar plenamente en el mantenimiento de la salud bucal óptima. Este acuerdo financiero está destinado a facilitar nuestra capacidad para brindarle un servicio excelente a la vez que minimizamos nuestros costos

El pago del servicio es debido en el momento en que se rindan los servicios. Nuestra práctica acepta **EFFECTIVO, CHEQUES, TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO**. No hay financiación de intereses también está disponible a través de **CARE CREDIT** individuos calificados. Los cheques y saldos devueltos mayores de 60 días pueden estar sujetos a tasas de cobro y cargos financieros a una tasa del 1,5% por mes (18% anualmente).

Padres separados o divorciados de menores son responsables de la mitad del costo de la atención dental de un niño: el padre que lleva al niño a la cita dental es responsable de pagar el copago o la cuota completa. Si es necesario, nos complace mantener un número de tarjeta de crédito/débito del padre que no tiene la custodia en el archivo.

Como cortesía para usted, estaremos encantados de procesar todas sus reclamaciones de seguro. En orden para hacer esto, usted debe traer prueba de su seguro con usted a su cita. Todos los cargos en los que incurra son de su responsabilidad independientemente de su cobertura de seguro. Debemos enfatizar que como su proveedor de cuidado dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nuestra práctica no es parte de ese acuerdo. Si el pago de su compañía de seguros no se recibe dentro de los 60 días a partir de la fecha de servicio, se espera que pague el saldo completo. Sus deducibles y cualquier copago estimado para el tratamiento es debido en el momento en que se proporciona el tratamiento.

Además, nuestra práctica cobrará \$25 para las citas canceladas y para las citas que no son reprogramado con al menos 24 horas de aviso.

Por favor, no dude en preguntar si tiene alguna pregunta sobre esta política financiera. Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor experiencia en atención dental.

X _____
Firma del Paciente/Tutor si es Menor Fecha