

Bienvenido

Número de identificación del paciente _____

Fecha de hoy _____

¡Bienvenido a nuestra consulta! Nos esforzamos por hacer que las visitas de su hijo sean agradables y cómodas. Llene completamente este formulario con lápiz de tinta.

Su hijo

Nombre del hijo _____

Apodo _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

No. de seguro social _____

Escuela _____ Grado _____

Dirección particular del menor _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Teléfono _____

Parte responsable

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Correo electrónico _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

¿Quién es responsable de programar las citas?

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Mejor horario para llamar _____

Hora _____ Días _____

Madre

Madrastra Tutor

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Profesión _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

Estado civil

Soltera Casada Divorciada
 Viuda Separada

Seguro Primario

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____

Empleador _____ Fecha de empleo _____

Profesión _____

Compañía de seguros _____

No. de grupo _____ No. de empleado _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Deducible _____ Copago _____

Cantidad ya utilizada _____

Beneficio máximo anual _____

Padre

Padrastra Tutor

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Profesión _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

Estado civil

Soltero Casado Divorciado
 Viudo Separado

Seguro Adicional

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____

Empleador _____ Fecha de empleo _____

Profesión _____

Compañía de seguros _____

No. de grupo _____ No. de empleado _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Deducible _____ Copago _____

Cantidad ya utilizada _____

Beneficio máximo anual _____

Arreglos Financieros

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera.

Pago total en cada cita:

Efectivo Cheque personal

Tarjeta de crédito: Visa MC Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Antecedentes Dentales y Médicos

Número de identificación del paciente _____

CONFIDENCIAL

La salud general de su hijo, así como también cualquier medicamento que su hijo tome puede tener una importante interrelación con el cuidado dental que éste reciba. Responda completamente cada una de las siguientes preguntas.

¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia su hijo usa seda dental? _____
¿Es fluorada el agua de su hijo? Sí No ¿Toma su hijo suplementos fluorizados? Sí No

Su hijo:
Se chupa el pulgar o dedo Sí No Masca objetos duros (lápices, etc.) Sí No
Se chupa o muerde el labio Sí No Rechina los dientes Sí No
Se come las uñas Sí No Aprieta la mandíbula Sí No

Dentista anterior _____ Dirección _____

Fecha de la última visita al dentista _____

¿Ha tenido su hijo algún problema en visitas al dentista anteriores? Sí No

Médico del niño _____ Dirección _____

No. de teléfono _____

Hospitalizaciones, cirugías, enfermedades graves anteriores _____ ¿Cuándo? _____

¿Está tomando actualmente su hijo algún medicamento? Sí No (si la respuesta es sí, enumere)

¿Ha tomado alguna vez su hijo Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Tiene su hijo antecedentes de reacciones alérgicas, de sensibilidad, adversas a cualquier droga o medicamento (penicilina, Novocaína, etc.)? Sí No (si la respuesta es sí, descríballo) _____

¿Tiene su hijo antecedentes de alergias a cualquier otra sustancia como látex, al ambiente, etc.)? _____

Ha sufrido alguna vez su hijo alguno de los siguientes problemas:

Asma Sí No Problemas estomacales, hepáticos o renales . . . Sí No
Cáncer Sí No Incapacidad/Discapacidad Sí No
Hepatitis Sí No Tuberculosis Sí No
VIH / SIDA Sí No Diabetes Sí No
Hemofilia Sí No Fiebre Reumática Sí No
Tos o aclaración de la garganta persistente Defectos Cardiacos Congénitos Sí No
no asociada con una enfermedad conocida Soplo Cardíaco Sí No
(que haya durado más de 3 semanas) . . Sí No Convulsiones/Epilepsia Sí No
Hemorragia anormal Sí No

Explique cualquier problema médico que tenga su hijo: _____

Autorización y Entrega de Información

A mi entender, las preguntas de este formulario se han respondido satisfactoriamente. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la consulta dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda precisar.

También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de tratamiento o exámenes prestados a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad)
Revisión del dentista:

Fecha

Firma del dentista

Fecha

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha _____ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (_____) _____

Paciente _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Nombre Preferido _____

Dirección - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Sexo: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Grupo Número _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____) _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico _____ Fecha del Último Examen Físico _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésicos | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Droga adicción |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha

Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de _____ por el presente
Nombre del menor/niño

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

Mission Hill Dental

Dr. Horacio Lucero

Dr. Fred B. Willard

2732 Big Oak

New Braunfels, Texas 78132

Financial Policies

PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE. We accept cash, personal check, and all major credit cards. We require you to pay your estimated cost share at the time services are rendered. Any remaining balance will be billed to you once your insurance company has processed your claim. If any amount is left unpaid and collection fees are incurred, these additional fees will be added to the patient’s account balance and become the responsibility of the patient or guarantor on the account.

If you have insurance coverage, the insurance information must be supplied at the time of service. We will file up to 2 insurance claims, primary and secondary, as a courtesy for you. **You are responsible for any non-covered items or services. Not all services and supplies are covered by insurance. If you are not clear on the coverage and benefits of your plan, please call your insurance company to inquire what your out of pocket expenses will be for the services you receive.** Your policy is between you and your insurance company and coverage varies per policy, we cannot be involved in disputes over non-covered services or supplies. If your insurance has not paid our claim within 45 days from the date of service, we ask that you call your insurance company to expedite payment. After 60 days of non-payment, you will become responsible for the balance.

CANCELLATION POLICY: Please give 24 hour advanced notice if you are unable to keep an appointment so that we may open a slot for other patients in need. Failure to do this will result in a \$55 cancellation fee.

Please read and sign:

I will be responsible for any supplies or services which are provided to me.

I have been provided an opportunity to review the Notice of Privacy Practices regarding this office’s HIPPA compliance. I also have read the financial and cancellation policies listed above and agree to these terms.

Print Patient Name: _____

Patient Signature (Guarantor if a minor): _____ Date: _____

Mission Hill Dental Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Understanding Your Health Record/Information

Each time you visit a hospital, physician, or other health care provider, a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, examination, and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information, often referred to as your health or medical record, serves as a:

- basis for planning your care and treatment
- means of communication among the many health professionals who contribute to your care
- legal document describing the care you received
- means by which you or a third party payer can verify that services billed were actually provided
- a tool in educating health professionals
- a source of data for medical research
- a source of information for public health officials charged with improving the health of the nation
- a source of data for facility planning and marketing
- a tool with which we can assess and continually work to improve the care we render and the outcomes we achieve

Understanding what is in your record and how your health information is used helps you to:

- ensure its accuracy
- understand who, what, when, where and why others may access your health information
- make more informed decisions when authorizing disclosure to others.

Your Health Information Rights:

Although your health record is the physical property of the healthcare practitioner or facility that compiled it, the information belongs to you. You have the right to:

- request a restriction on certain uses and disclosures of your information
- obtain a paper copy of the notice of information practices upon request
- inspect and copy your health record
- amend your health record
- obtain an accounting of disclosures of your health information
- request communications of your health information by alternative means or at alternative locations
- revoke your authorization to use or disclose health information except to the extent that action has already been taken.

Our Responsibilities:

This organization is required to:

- maintain the privacy of your health information
- provide you with a notice as to our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you
- notify you if we are unable to agree to a requested restriction
- accommodate reasonable requests you may have to communicate health information by alternative means or at alternative locations.

We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all protected health information we maintain. Should our information practices change, we will mail a revised notice to the address you've supplied us. We will not use or disclose your health information without your authorization, except as described in this notice.

Acknowledgement of Receipt
Of
Notice of Privacy Practices

I, _____ have received a copy of Mission Hill Dentals
(Name of Patient)

Notice of Privacy Practices.

(Signature of Patient)

Date: _____

For Office Staff Only

To be filled out if patient's signature not obtained

Our office made a good faith effort to obtain **Acknowledgement of Receipt** of our Notices of Privacy Practices, but it could not be obtained for the following reason:

_____ Patient refused to sign.

_____ Emergency situations kept us from obtaining the patient's signature.

_____ Other

MISSION HILL DENTAL

Dr. Horacio Lucero

Dr. Fred B. Willard

2732 Big Oak, New Braunfels, TX 78132

830-625-7322 Phone

830-620-5709 Fax

www.missionhilldental.com

Dr. Lucero, Dr. Willard and/or their staff will not release dental information to or discuss dental information with anyone except the following people listed below unless permission is given in writing.

Name:	Relationship to patient:	Phone number:
<input type="text"/>		
Name:	Relationship to patient:	Phone number:
<input type="text"/>		
Name:	Relationship to patient:	Phone number:
<input type="text"/>		

Notice of Privacy Practice:

I hereby acknowledge that I have been presented with a copy of Dr. Lucero and Dr. Willard's Notice of Privacy Practice and that I have read and understand my rights.

Signature of Patient or Legal Guardian if patient is a minor

Date