

Fecha: _____

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de hija/hijo: _____ Nombre Preferido: _____
 Edad: _____ Fecha de nacimiento: / / Sexo: M F Lugar de nacimiento: _____
 Direccion de vivienda: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____ Numero de cell: ()
 Hermanos (Nombres y Edad): _____
 Hermanas (Nombres y Edad): _____
 Medico infantil: _____ Telefono: ()
 Direccion: _____ Fecha de ultima cita: _____
 Fuieste referrido? Quen los mando a nosotros? _____

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN

Nombre de padre/Guardian: _____
 Relacion con paciente: _____ Correo electronico: _____
 Numero de Seguro Social: / / Fecha de nacimiento: _____
 Empleador: _____ Numero de celular: ()
 Direccion de casa (si es diferente de arriba) _____

Nombre de padre/Guardian: _____
 Relacion con paciente: _____ Correo electronico: _____
 Numero de Seguro Social: / / Fecha de nacimiento: _____
 Empleador: _____ Numero de celular: ()
 Direccion de Casa (Si diferente de arriba) : _____

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Telefono: ()
 Direccion: _____ Relacion con Paciente: _____

INFORMACION DE LA COMPANIA DE SEGURO

Nombre del Asegurado: _____ Relacion con Paciente: _____
 Fecha nacimiento de Asegurado: _____ Numero Social de Asegurado: _____
 Empleador de Asegurado: _____
 Nombre de la Compania de Seguro: _____ Numero de Grupo: _____

Yo entiendo que el informacion y confirmo que este forma fue completado correctamente y al lo mejor de conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad a informar a NOVA Children's Dentistry de Ashburn y South Riding por qual quer cambios de informacion que yo a dado. Estoy de acuerdo que soy responsable por todos cargos par los servicios dental y materiales no pagado por mi plan seguro dental, a no ser que la dentista or officina de dentista tiene un acuerdo contratado con mi plan Seguro dental que prohíbe todo o un porcion de los cargos. En la medida en que lo permita la ley, Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con las reclamaciones presentadas.

Firma del Asegurado

Fecha

Por medio de mi autorización autorizo el pago de los beneficios dentales que de otro modo me pagarían directamente a NOVA Childrens Dentistry de Ashburn y South Riding

Firma del Asegurado

Fecha

Nombre de hija/hijo: _____

HISTORIA MEDICO

Indique cualquier medicamento que esté tomando su hijo: _____

¿Su hijo tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades, afecciones o procedimientos?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumores | <input type="checkbox"/> defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> convulsiones, seziures, desmayos o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Chemoterapia | <input type="checkbox"/> labio leporino / paladar hendido | <input type="checkbox"/> fiebre reumática / enfermedad cardíaca reumática |
| <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Espectro autista | <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca congénita o soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Sangrando Anormal | <input type="checkbox"/> Discapacidades del habla, el aprendizaje y la audición | <input type="checkbox"/> artritis o reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Anemia o trastornos sanguíneos | <input type="checkbox"/> retrasos en el desarrollo | <input type="checkbox"/> tuberculosis o neumonía |
| <input type="checkbox"/> moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> problemas psicológicos o emocionales | <input type="checkbox"/> Problemas de la mandíbula: TMJ / TMD |
| <input type="checkbox"/> diabetes o problemas de azúcar en sangre | <input type="checkbox"/> problemas glandulares u hormonales | <input type="checkbox"/> asma o fiebre del heno |
| <input type="checkbox"/> transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> ADHD / ADD | <input type="checkbox"/> accidentes o infecciones graves |
| <input type="checkbox"/> presión arterial alta / baja | <input type="checkbox"/> problemas de vejiga renal | <input type="checkbox"/> cualquier cirugía reciente o pendiente / lesiones recientes |
| <input type="checkbox"/> amigdalitis | <input type="checkbox"/> problemas de hígado, ictericia o hepatitis | <input type="checkbox"/> Trastorno del procesamiento sensorial |

Si tiene cualquier enfermedad por favor explique: _____

Immunizaciones de su hijo/hija esta corriente? SI NO Si No Por favor Explique: _____

Nombre de Pharmacia: _____ Telefono: () _____

Su Hijo/Hija tiene alergia? Latex Penicillina / Amoxicillina Tetracyclina Ojo Rojos Aspirina
 Drogas de Sulfa Anesthetics Dental Otro(s): _____

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes hábitos orales? Chuparse los dedos Respiracion por la boca
 Pacificador Mordiendo las unas Chuparse los dedos Rechinar/Apretar Otro(s): _____

HISTORIA DENTAL

Fecha de Ultima Cita Dental: _____ Cual Dr. _____

Tiene los Records Dental? (incluyendo copias de los Radio X's) : _____

Su hijo/hija se a quejado de problemas dentales?: _____

Su hijo/hija todavia usa una taza de entrenamiento/pacha? _____

Su hijo/hija se lava los dientes diario? **SI** **NO** Que frecuente? _____

Usted asiste su hijo/hija con cepillando los dientes? **SI** **No** Que frecuente? _____

Se usa hilo dental?: _____

Su hijo/hija como recibio el fluoruro?
Con uso de agua Tabletas Vitaminas Pasta de dientes Otro(s): _____

Actitude de su hijo/hija con Dentistas?: _____

Razon de su visita con el dentista hoy?: _____

Yo entiendo la información anterior y garantizo que este formulario se completó correctamente según mi entender y entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en la información que he proporcionado.

Firma de Asegurado

Fecha

Imprimir Nombre

This Space For Internal Use

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Como condición para su tratamiento por parte de NOVA Children's Dentistry, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación.

NOVA Children's Dentistry depende del reembolso de sus pacientes por los costos incurridos en su atención.

La responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes de iniciar y completar el tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Se aceptan efectivo, cheques, tarjetas de crédito y débito (VISA, Mastercard y Discover). Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales proporcionados se cobran directamente al paciente, y que él / ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales.

NOVA Children's Dentistry ayudará a preparar los formularios de seguro del paciente o ayudar a realizar cobros de las compañías de seguros y acreditará tales cobros a la cuenta del paciente. Sin embargo, las Oficinas pueden y no prestarán servicios en el supuesto que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros.

Entiendo que NOVA Children's Dentistry me brinda un plan de tratamiento basado en las estimaciones de mi compañía de seguros. Esta estimación no es un pago garantizado; la compañía de seguros no puede proporcionar la cantidad exacta que se pagará hasta que reciba el reclamo.

Entiendo que la tarifa estimada indicada para este cuidado dental solo se puede extender por un período de tres (3) meses a partir de la fecha del examen del paciente.

En consideración por los servicios profesionales que me ha prestado, oa petición mía, por parte del Doctor, aceptó pagar el valor razonable de dichos servicios a dicho Doctor, o su cesionario, en el momento en que se presten dichos servicios, o dentro de cinco (5) días de facturación si se extenderá el crédito. Además, aceptó que el valor razonable de dichos servicios será el facturado a menos que yo me oponga, por escrito, dentro del plazo de pago.

Además, aceptó que una renuncia a cualquier el incumplimiento de cualquier momento o condición a continuación no constituirá una renuncia a ningún término o condición adicional, y aceptó pagar todos los costos y honorarios razonables de abogados si se inicia una demanda en virtud del presente.

CANCELACIONES Y NOMBRAMIENTOS PERDIDOS: dado que los horarios de las citas están reservados exclusivamente para su hijo, requerir que notifique a nuestra oficina 72 horas antes de su hora programada si no puede cumplir con su cita. Se accederá a una tarifa de \$ 50.00 a su cuenta por cada cita rota sin al menos 24 horas noticia anterior. Varias cancelaciones sin previo aviso pueden resultar en el despido de nuestras prácticas.

Doy mi permiso a la persona asignada de NOVA Children's Dentistry para que me llame a casa o en mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario.

He leído las anteriores condiciones de tratamiento, pago y acepto su contenido.

Nombre de Paciente

Relación de Paciente

Firma del padre o la parte responsable

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Objetivo: Este formulario se utiliza para obtener acuse de recibo de nuestro aviso de practicas de privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese reconocimiento.

Yo, _____, he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad.

(escriba el nombre en letra de imprenta)

(firma)

(fecha)

solo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero el acuse de recibo podría no se puede obtener porque:

El individuo se negó a firmar

- Las barreras de comunicación prohibieron la obtención del reconocimiento.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otro (especifique)

POLITICA FINANCIERA

1. Los cargos por los servicios prestados vencen y se pagan el día de la cita.
2. NOVA Children's Dentistry of Ashburn and South Riding ayuda con la presentación del seguro: sin embargo, el paciente, padre o parte de responsable es directamente responsable del pago total de todas y cada una de las tarifas no pagadas por la compañía de seguros. No hay excepciones. Cuando la oficina cotiza los copagos del tratamiento, estos son sólo estimaciones, su cobertura de seguro real puede ser menor o mayor.
3. Los cheques personales que se devuelvan debido a fondos insuficientes están sujetos a un cargo por servicio de \$ 30.00.
4. Todas las cuentas de más de 60 días se consideran vencidas. Dichas cuentas están sujetas a una tasa de interés anual del 18% o una financiación mensual del 1,5%.
cargos. Las cuentas vencidas pueden remitirse a una agencia de cobranza autorizada. Cuentas enviadas a una agencia de cobranza se cobrará una tarifa de recaudación de \$ 30.00 o un cargo de recaudación del 42% sobre el saldo impago, lo que sea mayor. el paciente, padre o tutor también será responsable de los honorarios de abogados y los costos judiciales aplicables. Las cuentas que tienen han sido remitidas a una agencia de cobranza externa se colocará SÓLO EN DINERO EN EFECTIVO para cualquier tratamiento futuro.
5. El estado de Virginia nos exige que conservemos los registros de los pacientes durante los tres años posteriores a la fecha final del tratamiento.
Los registros de pacientes que no han ido a esta oficina en más de tres años pueden ser eliminados. Si te mudas o te vas la práctica por cualquier motivo puede que desee solicitar una copia para sus registros. Habrá un cargo nominal para
Duplique sus radiografías y registros.
6. Hay planes de pago disponibles. Hable con nuestro gerente de oficina para configurar un plan.

He leído y entiendo la Política Financiera de NOVA Children's Dentistry of Ashburn y South Riding. Estoy de acuerdo en ser responsable de todo servicios y materiales no pagados por mi seguro dental para mí y mis dependientes. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con cualquier reclamo de seguros a la compañía de seguros correspondiente. Autorizo el pago de los beneficios del seguro dental a NOVA Children's Dentistry of Ashburn y South Riding, a menos que sean pagaderos a mí directamente según el plan de seguro.

Nombre de Paciente

Relación de Paciente

Firma del padre o la parte responsable

Fecha



 **Política de Cancelacion y Tardanza** 

Esperamos que nuestros pacientes lleguen 5 minutos antes o puntualmente a sus citas. Es posible que los pacientes que lleguen 10 minutos después de que comience su horario reservado deban reprogramar su cita.

Si debe reprogramar la cita con el dentista de su hijo, requerimos un aviso de al menos 24 horas desde el momento de su cita. Si no puede dar aviso, tenemos el derecho de cobrar \$50.00 por niño o limitar el horario de sus citas futuras entre las 10:00 am y las 2:30 pm. Después de una tercera cancelación o no llamar / no presentarse, nos reservamos el derecho de despedir a su familia de nuestra oficina.

Hemos instituido esta política por respeto a nuestro personal y al tiempo de nuestro médico. Con menos de 48 horas, estas cancelaciones son más difíciles de completar. Además, esto evita que otra persona pueda programar en ese intervalo de tiempo.

Dado que el horario de su cita está reservado exclusivamente para usted, no reservamos citas por duplicado.

Entendemos que la vida puede ser impredecible y que a veces suceden cosas: enfermedad, emergencia familiar, etc. Por cortesía, renunciamos a esta tarifa solo por la primera ocurrencia.

Al firmar a continuación, reconoce que ha leído y comprende nuestra política de cancelación como se describe anteriormente.

 Firma del padre/tutor _____

 Fecha _____