

# YOUNG FAMILY DENTAL, P.C.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Quien acompaña el niño hoy? \_\_\_\_\_

**Información de Madre O Guardian**     Madre     Madrastra     Guardian

Nombre \_\_\_\_\_

Telefono (domicilio) \_\_\_\_\_ Telefono (trabajo) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de Madre \_\_\_\_\_

Condición Matrimonial     Soltera     Casada     Separada     Divorciada     Viuda

**Información de Padre O Guardian**     Padre     Padrastra     Guardian

Nombre \_\_\_\_\_

Telefono (domicilio) \_\_\_\_\_ Telefono (trabajo) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de Padre \_\_\_\_\_

Condición Matrimonial     Soltero     Casado     Separado     Divorciado     Viudo

Como sabe acerca de esta clinica? (Escoja una )    Páginas amarillas (ingles)    Páginas amarillas (español)  
Cubierto de las páginas amarillas    Internet    Amigo    Periodico    Escuela    Otro anuncio

---

## Seguro primario

Nombre del asegurado/a \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ # Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ # de identificación del seguro \_\_\_\_\_

## Seguro adicional

Nombre del asegurado/a \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ # Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ # de identificación del seguro \_\_\_\_\_

---

## Arreglos Financieros:

Para su conveniencia ofrecemos los siguientes métodos de pago. Se espera pagos enteros en cada cita.

Preferencia de pago:  Efectivo     Cheque personal    Tarjeta de crédito  Visa     MasterCard     American Express     Discover     Care Credit

## Acuerdo Financiero:

1. Se espera el pago al momento del tratamiento
2. Pacientes con seguro se espera pagar sus deducibles y co-payment por ciento al momento del tratamiento.
3. Si no se pagara a tiempo se le cobrara un 1.75 % al mes (21% anual) en el resto no pagado. Usted podria pagar un cobro de abogado al momento del procedimiento de la oficina de colecciones. El cargo minimo mensual es \$3.00. Un \$15.00 sera cobrado al retorno de cada cheque.

**Libertamiento del Seguro:** Entiendo y convengo que las pólizas de seguro dental son un acuerdo entre un portador de seguro y mismo. Además, yo entiendo que esta oficina preparara cualesquiera informes y formas necesarios para asistirme en la fabricación de la colección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagado directamente a esta oficina sera acreditado a mi cuenta sobre recibo. La oficina del Dr. Young solamente estima el co-pago del seguro. Entiendo y convengo claramente que todos los servicios rendidos estan cargados directamente a mi y que yo soy personalmente responsable del pago. Tambien asumo que el responsabilidad a informar a la oficina de Dr. Young acerca de los beneficios que se pudieron haber pagado a otra oficina durante el año del plan de modo que los maximos anuales puedan ser determinando. Yo autorizo por este medio el libertamiento de cualquier informacion, etc. a mi compañía de seguros o las compañías o cualquier otra agencia necesaria para la colección de este cuenta. Esta libertamiento es solamente con el fin de facilitar la facturación y reembolso directamente al doctor de los beneficios de seguros. Este autorizacion es eficaz para el presente y todas las demandas de seguro en el futuro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Historia Medica/Dental (Confidencial)

Informacion de salud: Por favor indique:	Si	No		Si	No	
¿Esta el niño saludable?.....	___	___		¿Tuberculosis?.....	___	___
¿Tiene el niño dolor ahora?.....	___	___		¿Tratamiento de radiación?.....	___	___
¿Esta niño bajo el cuidado de un médico?	___	___		¿Presión sanguínea anormal?.....	___	___
Ha tenido alguna vez:				¿Hepatitis?.....	___	___
¿Condición del corazón anormal?.....	___	___		¿Transfusión de sangre? (Ponga la fecha)....	___	___
¿Valvula artificial?.....	___	___		¿Enfermedad venereal?.....	___	___
¿Fiebre reumática?.....	___	___		¿SIDA VHI positivo?.....	___	___
¿Usado fen-phen?.....	___	___		¿Alergias? (Especifique).....	___	___
¿Diabetes?.....	___	___		¿Dolor de mandíbula?.....	___	___
¿Sangramiento anormal?.....	___	___		¿Mujeres, esta embarazada?.....	___	___
¿Enpalme artificial?.....	___	___		¿Esta tomando Fen-phen?.....	___	___
¿Reacción inusual a drogas o anestésico?	___	___		¿Hay alguna otra información acerca de		
¿Contraceptivos orales?.....	___	___		usted que debemos saber?.....	___	___

(Antibióticos hacen que contraceptivos orales se hacen ineficaz)

Certifico que las respuestas a las preguntas de salud estan exactas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Puesto a que un cambio de la condicion medica o de medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia de esto, y acuerdo de notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita subsiguiente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Consentimiento Informado:

Yo autorizo a Dr. Young al igual que a sus asociados o asistentes a que el puede designar para realizar esos procedimientos como se puede juzgar necesario o recomendable para mantener mi salud dental o la salud dental del menor de edad u otro individuo por lo cual soy responsable, incluyendo el arreglo y la administracion de cualquier sedativo incluyendo el (oxido nitroso) analgesicos, terapeuticos, y/o el otro agente farmaceutico, incluyendo los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapeuticos o quirurgicos.

Entiendo que la administracion del anestésico local puede causar una reaccion inconveniente de los efectos secundarios, que pueden incluir, y no ser limitado a la contusion, hematoma, estimulo cardiaco, entumecimiento temporalmente o raramente, permanente, y dolor del musculo. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir recuperacion quirurgica.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y la odontologia basica, incluyendo los rellenos de todos los tipos, los dientes pueden seguir siendo sensibles o aun posiblemente dolorosos, durante y despues de la terminacion del tratamiento. Las encias y los tejidos finos circundantes puede tambien ser sensible o doloroso durante y despues del tratamiento.

Asumo voluntariamente cualesquiera y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo del dano substancial y serio, si lo hay, que se puede asociar a procedimientos preventivos y operativos generales del tratamiento en esperanzas de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no pueden ser alcanzados, para mi ventaja o para la ventaja de mi niño. Yo reconozco que la naturaleza y el proposito de los procedimientos precedentes se han explicado a mi en caso de necesidad y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

### Autorizacion y Libertamiento:

Autorizo al dentista a liberar cualquier informacion incluyendo el diagnosis y los registros de cualquier tratamiento o examinacion rendida a mi durante el periodo de tal cuidado dental a los pagadores de los terceros y/o a otros medicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compania de seguros a pagar directamente al dentista los beneficios dentales del seguro de otra manera pagables a mi. Yo entiendo que mi portador de seguro dental puede pagar menos que la cuenta real de servicios. Acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios rendidos a favor de los dependientes. Certifico que he contestado todas las preguntas sobre ambos lados de esta forma exactamente y al mejor de mi conocimiento. Sigo por este medio las condiciones contorneadas.

Un aviso de practicas privadas se puede obtener de la recepcionista. Gracias por llenar esta forma completamente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_