

## SALUD MEDICA DEL MENOR

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del menor \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Niño/Niña  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_  
Que otros menores de su familia han sido atendidos por uno de nuestros doctores?  
\_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Cual es el motivo de su visita \_\_\_\_\_

### Historial Medico

1. Su menor a tendio problemas del corazon/cardiacas?  S  N
2. Su menor a tenido fiebres reumaticas?  S  N
3. Su menor tiene o a tenido cancer?  S  N
4. Su menor a tenido epilepsias?  S  N
5. Su menor tiene alguntipo de descapacidad mental o fisica?  S  N
6. Su menor tiene algun tipo de alergias a medicamento o comidas?  S  N
7. Su hijo tiene una alergia al latex?  S  N
8. Su menor tiene algun tipo de prolongaciones sanguneas cuando sangra?  S  N
9. Su menor a tenido algun tipo historial diabetico, problemas de los riñones, desordensagineas, or asthma? (en caso afirmativo, circule cuál)  S  N
10. Su menor en general a tenido buena salud?  S  N
11. Porfavor describa cual quier otro problema medico no mencionada (fisico o mentalmente)  
\_\_\_\_\_
12. Nombre del pediatra al que atiende a su menor \_\_\_\_\_
13. Cuando fue la ultima vez que su menor se hizo su chequeo medico?  
\_\_\_\_\_

### Historial Dental

1. Es la primera visita dental de su menor?  S  N
2. Su menor a experimentado desagradales reacciones con caul quier dentista o medico?  
\_\_\_\_\_
3. Su menor tiene algun mal habito de boca?(chuparse el dedo, chupon, etc.)  S  N
4. Desea un cuidado dental completo para su menor?  S  N
5. Cuando fue el ultimo examen dental de su menor? \_\_\_\_\_
6. Ultima radiografia? \_\_\_\_\_
7. Quien es su dentista familiar? \_\_\_\_\_
8. Que problema dental en particular tiene su menor? \_\_\_\_\_

9. Otros comentarios?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

REGISTRO DEL MENOR

NOMBRE COMPLETO DE LOS PADRES

Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Telefono de casa \_\_\_\_\_ Telefono celular \_\_\_\_\_  
Nombre y telefono de algun pariente que no viva con usted \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO Y DOMICILIO DE LOS PADRES/ GUARDIANES

Padre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Domicillio \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Domicillo \_\_\_\_\_

Quien se va hacer responsable de la cuenta? \_\_\_\_\_  
Numero del seguro social \_\_\_\_\_  
Numero de licencia de manejar \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía del seguro dental \_\_\_\_\_  
Numero de poliza \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO

Yo el sobrenombrado, con previa aprobacion autorizo a Dr.Kapur asociados para actuar de cual quier forma que requiera el tratamiento y terapia que pueda ser indicada en connection con el tratamiento dental para: \_\_\_\_\_

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

ATTENCION: CUAL QUIER SERVICIO ADQUERIDO REQUIERE PAGO EL DIA DE SU CITA SI SU SEGURO NO CUBRE ESOS SERVICIOS!!! GRACIAS!

ASIGNACION Y PERMISO

Yo el sobre nombardo, tenog convertura de seguro con \_\_\_\_\_.

Y senalos directamente a Shashi M. Kapur D.D.S., M.Sc.D, B.D.S., Cert. Ped., todos los beneficios dentales. Si por cual quier otro motivo los servicios son cobrados por mi es mi responsabilidad que las oficina revisa pago por servicios adquiridos. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos y pagos de cual quier modo que mi seguro no pague. Y autorizo al doctor que realice toda informacion que sean necesaria para asegurar los beneficios, Yo autorizo el uso de me firma en todas las emitidas polizas de me seguro. Cargos adicionales pueden ser agregados por cheques devueltos y cuentas enviadas a collecciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Arizona Pediatric Dentistry  
Practice Limited to Pediatric Dentistry  
600 S. Dobson Rd., Bldg. C, Ste. 18  
Chandler, AZ 85224*

BIENVENIDO CON TU NUEVO DENTISTA

Como servicio a nuestros pacientes, estamos felices de someter cargos a su aseguransa. Muchos dentistas no orfesen estos servicios y los pacientes deben pagar el total de la cuenta y al mismo tiempo que se le dio el servicio. Lla que ustedes tendrian que arreglar todo este papeleo con su aseguransa.

Nosotros tratamos lo mejor para calcular, cuanto es lo que nos debera su aseguransa en cada reclamo que es sometido, y luego coleccionar los que creemos que es la porcion al tiempo del servicio.

Nosotros manejamos literalmente con muchas companias de aseguransas que representan cientos de empleados, cada uno su propia polisa por separado. Es imposible de saber las limitaciones de las polosas de cada paciente. En adiccion muchas companias de aseguransa no dara informacion ala oficina del doctor en consideracion de sus polisas y beneficios, y no garantiza pagos del cual quier reclamo.

Por eso, debe de responder toda cuentas que la aseguransa que no cubra para pargarnos, esta responsabilidad es de usted para remitir al doctor.

Gracias por su entendimiento y motivo.

Yo el sobre nombrado he leído y he entendio lo acoradado y lo escrito.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Arizona Pediatric Dentistry**  
***Practice Limited to Pediatric Dentistry***  
**600 S. Dobson Rd., Bldg. C, Ste. 18**  
**Chandler, AZ 85224**

**POLISA DE CITAS**

Nosotros le hacemos las citas dentales con mucho cuidado para asegurar que todos nuestros pacientes sean visto lo mas pronto possible y es suficiente tiempo para localizar cada procedimiento. Nosotros hacemos esto para valorar y respetar el tiempo, y mantener la cita con nosotros requerimos que llegue a tiempo a su cita.

Ocasionalmente, emergencias se presentan que pueden causar que nosotros sobre pasemos la cita. Si eso llega a suceder se le informara de situaciones. Apreciamos su entendimiento, como algun día usted o algun miembro de su familia puede estar en necesidad de alguna emergencia dental.

**Notificacion de 48 horas es requerida para prevenir cargos de cancelacion. El cobro es entre \$50.00-\$100.00 dependiendo del tratamiento que estaba planeado en el horario del doctor. Cuando alguien no se presenta a su cita sin ninguna notificacion causa un descontrol sobre los demas pacientes que estan en lista de espera que pudiesen haber sido atendidos en su lugar. Haci que les pedimos que porfavor respete el horario de su cita para prevenir cargos adicionales.**

He leído y he entendido lo escrito.

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

## POLISA FINANCIERA

Nosotros estamos comprometidos para proverles el mejor cuidado posible. Si usted tiene aseguransa dental, nosotros les asistiremos con sus reclamos y beneficos.

Nosotros nesitamos de su asistencia y su entendimiento de nuestra polisa fincacial. Pagos y servicios son hechos al tiempo del servicio adquerido, al menos que hagan pagos areglados y que hayan sido aprovados con tiempo por nuestro personal.

Nosotros agradecemos discutir estos tratamientos, preguntas, y contestaciones relacionadas con su aseguransa. Porfavor tenga encuesta:

1. Usted, el paciente asegura la responsalida de sus cuentas.
2. Su aseguransa esta contratada con usted el empleador y con la compania de su aseguransa.
3. No todos los servicios y beneficos estan cubiertos con contratacion. Algunas companias selectivas ciertamente no cubriran los servicios. I.E. sedacion y analgesia.

Nosotros empartiremos como proveedores dentales, nuestra relacion con usted y no con su aseguransa. Mientras llenamos reclamos de aseguransa es nuestra cortesia extender a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha del servivio esta rendido. Nosotros comprendemos que temporalmente hay problemas financieros cuando al tiempo de pagar su cuenta. Si un problema sale, nosotros lo apoyamos para que nos lo cominique lo antes possible, y asi poder asisrle en como manerjar su cuenta.

Se cobrara \$25.00 de recargo y seran agregados a su cuenta por cheques devueltos por insuficiencia de fondos. Y \$75.00 seran agregados a su cuenta de balance por 60 dias cuando trafiera a una agencia se fuera por coleccion.

Si una referencia es requerida y falla en no traer una, usted sera responsable por el bill.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la informacion eecrita, por favor no dude en preguntarnos. Aqui estamos para ayudarle.

Yo he leido las polisas financieras por Shashi M. Kapur D.D.S. Y entiendo que yo soy responsable de todas las cuentas requeridas y incluyendo cargos por mi asuguransa que no cubra lo anticipado. Adicionalmente, yo entiendo que si mw aseguransa por algun motivo tarda en pagar los pagos atrasados por 30 dias, yo sere cobrado y yo sere responsable por todo el balance.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**ARIZONA PEDIATRIC DENTISTRY**

**CONCENTIMIENTO DE USO DE INFORMACION MEDICA**

Section A: Padres Autorizando Consentimiento.

Nombre del Padre/Madre/Guardian: \_\_\_\_\_

Domicillo: \_\_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Social Security # : \_\_\_\_\_

Section B. Para el paciente- Porfavor lea la siguiente informacion cuidadosamente

**Proposito del consentimiento:** Al firmar esta forma, usted esta dando autorizacion para compartir informacion gerenal con alguna otra oficina dental, medica, farmacia o con su seguro para que haci se liquiden servicios adquiridos.

**Noticia de Practicas:** Usted tiene el derecho reservado a leer nuestra polisa de noticia sw practicas privadas antes de decidirse a firmar este consentimiento. Nuestra noticia le proeve con una descripcion de nuestros tratamientos, actividadws de pagos y operaciones medicas del uso que nuestra oficina puede hacer para protejer su informacion personal.

Nosotros tenemos reservado el derecho hacer cualquier tipo de cambios a esta noticia sin ningun previo aviso. Si eso llegase a suceder se le provera con una copia nueva de los cambios de notica a practicas privadas. Esos cambios pueden ser a cual quier protection de informacion personal que nuestra oficina mantiene.

Usted puede obtener una copia de esta forma en cual quier momento contactandose con:

Contacto: \_\_\_\_\_ Cual quier recepcionsita de la oficina \_\_\_\_\_

Telefono: (480)820-6778 \_\_\_\_\_ Fax (480)820-3606 \_\_\_\_\_

Domicillo: 600 S. Dobson Rd C-18; Chandler, AZ 85224 \_\_\_\_\_

**Derecho a cancelacion:** Usted tiene el derecho a cancelar este consentimiento en cual quier momento por medio de un escrito notificandonos que esta cancelando el consentimiento de uso de informacion medica. Profavor entienda que si cancela no le afectera en ninguna action que ahigamos tomado antes de su cancelacion, pero si tenemos el derecho de negar la continuacion de tratamientos si usted decide cancelar el consentimiento de uso de information personal para usos medicos.

Yo, \_\_\_\_\_, e tenido oportunidad de leer y considerar el contenido de esta forma de concentimiento y de su noticia de practicas privadas. Yo entiendo que al firmar esta autorizacion, estoy dando mi concentimiento para usar mi informacion personal (protegida) para usos de actividades de pagos por servicios adqueridos y de operaciones medicas.

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

Si este concentimiento a sido firmado por algun representate/ guardian del paciente, llene la siguiente informacion:

Nombre dwl representate/guardian: \_\_\_\_\_

Relacion con menor:: \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho reservado adquirir una copia de esta forma despues de ser firmada.