



619 S. Heatherwilde Blvd. • Pflugerville, Texas 78660 • 512-989-6900 • www.drbaipediaticdentist.com

Fecha \_\_\_\_\_ No. Seguridad Social # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Anos \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Aficiones \_\_\_\_\_ Telefono Movil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Persona Financieramente responsable \_\_\_\_\_ Telefono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**\*A quien podemos agradecerle por recomendarlo?**

Nombre Del Padre \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono Movil(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono Movil(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

No. Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

No. Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura de seguro dental para menores / niños??  Si  No

¿Tiene cobertura de seguro dental para menores / niños??  Si  No

Nombre del Plan \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Plan \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Numero De Grupo \_\_\_\_\_ Numero de poliza \_\_\_\_\_

Numero De Grupo \_\_\_\_\_ Numero de poliza \_\_\_\_\_

¿Su hijo es elegible para recibir tratamiento bajo Asistencia médica?  Si  No ID de asistencia medica para niños \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita dental \_\_\_\_\_ Para Que Servicio? \_\_\_\_\_

¿Se ha quejado el niño de problemas dentales?  Si  No ¿El fluoruro se toma de alguna forma?  Si  No

¿El niño se cepilla los dientes diariamente?  Si  No ¿Alguna herida en la boca, dientes, cabeza?  Si  No

¿El niño usa hilo dental todos los días?  Si  No ¿Alguna experiencia dental infeliz?  Si  No

¿Algún hábito bucal: chuparse el dedo, morderse las uñas, respirar por la boca, chupete, dormir con biberón, etc.?  Si  No

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Médico de Menores / Niños \_\_\_\_\_ Estado de la Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

¿El menor / niño está bajo cuidado médico ahora?  Si  No Medicamentos \_\_\_\_\_

¿Recibe algún medicamento o drogas?  Si  No \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido hospitalizado?  Si  No \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido cirugía?  Si  No Alergias \_\_\_\_\_

¿Hay sangrado excesivo cuando se corta?  Si  No \_\_\_\_\_

¿El menor / niño ha tenido antecedentes o dificultades con alguno de los siguientes? En caso afirmativo, verifique:

- SIDA, VIH  Parálisis Cerebral  Epilepsia  Enfermedad del Rinon  Fiebre Reumática  Anemia  Varicela  Desmayo  
 Enfermedad del hígado  Problemas sinusales  Asma  Alergia al latex  Convulsiones  Escuchando problemas  Sarampión  
 Enfermedad de tiroides  Problema de la vejiga  Diabetes  Problemas del corazón  Mononucleosis  Tuberculosis  Cáncer  
 Abuso de drogas / alcohol  Hepatitis  Paperas  Necesidades especiales  Otra: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Que yo sepa, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi medico si mi hijo menor alguna vez cambia de salud.

Consentimiento menor / menor

Soy el padre, tutor o representante personal de \_\_\_\_\_

**Por favor escriba el nombre del menor / niño**

y no hay órdenes judiciales vigentes que me prohíban firmar este consentimiento. Solicito y autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios para el niño mencionado anteriormente, incluidos, entre otros, radiografías y la administración de anestésicos, que el médico considera aconsejables, esté o no presente cuando el se presta tratamiento Asignación y liberación de seguros

Certifico que mis dependientes están cubiertos por un seguro con \_\_\_\_\_

**Nombre de la (s) compañía (s) de seguros**

y asignar directamente al Dr. Bain todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otra manera me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de seguros. El médico mencionado anteriormente puede usar la información de atención médica de mi menor / hijo y puede divulgar dicha información a la (s) Compañía (s) de seguros mencionada anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios. Este consentimiento terminará tres años a partir de la fecha firmada a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente



619 S. Heatherwilde Blvd. • Pflugerville, Texas 78660 • 512-989-6900 • [www.dr bainpediatricdentist.com](http://www.dr bainpediatricdentist.com)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Se nos ha señalado que algunas compañías han elegido planes de seguro que brindan cobertura para tratamientos con flúor solo una vez al año. El flúor es un componente vital de las citas bianuales de su hijo. Como cortesía para nuestros pacientes, archivarémos su seguro; sin embargo, tenga en cuenta que es posible que se pueda denegar el tratamiento con flúor. Si esto ocurre, se le cobrará \$ 34.00 por este servicio. Gracias por permitirnos ayudarlo a enseñarle a su hijo la importancia de la salud dental..

Hoy brindaremos los siguientes servicios:

- Examen completo o periódico Prophylaxis (Limpieza)
- Tratamiento de fluoruro
- Rayos X de mordida (2 back teeth/top and bottom)
- Radiografías periapicales (2 front teeth/top and bottom)
- Radiografía panorámica (6yrs. and Up)

La cobertura del seguro es solo una estimación. El garante es responsable de los tratamientos no cubiertos por su seguro.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_



619 S. Heatherwilde Blvd. • Pflugerville, Texas 78660 • 512-989-6900 • www.dr bainpediatricdentist.com

## CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Sección A: Consentimiento del paciente dando

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Paciente #: \_\_\_\_\_ No. Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Sección B: AL PACIENTE - POR FAVOR LEA LAS DECLARACIONES SIGUIENTES  
CUIDADOSAMENTE

**Propósito del consentimiento:** Al firmar este formulario, dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de las divulgaciones de usos que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro aviso está disponible a pedido.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de nuestro aviso en cualquier momento contactando a:

Persona de contacto: Dr. Anthony Bain

Telefono: 512-989-6900 Número de fax: 512-989-6901

Domicilio: 619 S. Heatherwilde Blvd. Pflugerville, TX 78660

**Derecho a revocar:** Tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación presentada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en dependencia de este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca su consentimiento.

### SIGNATURE

Yo \_\_\_\_\_, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica..

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLA



619 S. Heatherwilde Blvd. • Pflugerville, Texas 78660 • 512-989-6900 • [www.dr bainpediatricdentist.com](http://www.dr bainpediatricdentist.com)

Yo, \_\_\_\_\_, padre / tutor de  
\_\_\_\_\_ consiente el uso de sus fotografías y / o  
secuencias de video por parte de la oficina del Dr. Anthony Bain en su sitio web, página de  
Facebook y posibles anuncios. El primer nombre solo de su hijo puede mencionarse en casos  
como nuestro club Cavity Free en Facebook. Hable con nuestra oficina principal si tiene  
alguna pregunta o inquietud.

Además, entiendo que este consentimiento puede ser retirado por mí en cualquier  
momento, previa notificación por escrito de mi parte.

Doy este consentimiento voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



619 S. Heatherwilde Blvd. • Pflugerville, Texas 78660 • 512-989-6900 • [www.dr bainpediatricdentist.com](http://www.dr bainpediatricdentist.com)

En caso de que no pueda asistir a una cita dental para \_\_\_\_\_  
I, \_\_\_\_\_, dar \_\_\_\_\_, mi consentimiento  
para actuar completamente en mi nombre. Esto incluye todos los aspectos de la  
cita dental, incluida la firma de formularios, la recepción de informes dentales del  
Dr. Bain, la discusión del historial del paciente, el consentimiento para el  
tratamiento recomendado y el pago completo de la prestación de servicios..

Mi consentimiento también se otorga para cualquier decisión relacionada con  
emergencias médicas que pudieran ocurrir durante la visita de mi hijo al  
consultorio.

Firmar \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



619 S. Heatherwilde Blvd. • Pflugerville, Texas 78660 • 512-989-6900 • [www.dr bainpediatricdentist.com](http://www.dr bainpediatricdentist.com)

Querido padre,

¡Estamos emocionados de tener a su hijo como paciente en nuestra oficina! Nos esforzamos por ofrecer lo mejor en odontología pediátrica para asegurarnos de que su hijo tenga las herramientas adecuadas para mantener la salud bucal de por vida. y bienestar a continuación se muestra una lista de las políticas de nuestra oficina que se aplican estrictamente para garantizar que ampliamos La máxima cortesía a todos nuestros padres ocupados. Gracias de antemano por su consideración a nuestro personal, pacientes y otros padres siguiendo estas políticas.

- Cada cita de higiene consistirá en: una limpieza dental, un examen, un tratamiento con flúor (se recomiendan AAPD y ADA cada 6 meses necesarios para el desarrollo de los dientes), instrucciones de higiene / dieta y radiografías a 1 cita por año calendario

- 2 días hábiles para cancelaciones / reprogramaciones. Se aplica una tarifa de \$ 50.00 por citas de higiene canceladas / reprogramadas, \$ 100.00 por citas de sedación / restauración y \$ 250.00 por citas de cirugía sin previo aviso. También podemos exigir al paciente que pague por adelantado sus gastos de bolsillo antes de reprogramar otra cita si las cancelaciones se han producido más de una vez.

\*10 minutos de retraso para una cita se considera reprogramación sin previo aviso y se puede aplicar una tarifa.

- Un padre o tutor legal debe acompañar al niño a la oficina y permanecer en las instalaciones para el duración de la cita. Siempre invitamos a los padres a regresar con sus hijos durante Las visitas de salud dental. Si su hijo requiere tratamiento dental, permitimos que solo uno de los padres acompañar al niño y los hermanos no podrán ingresar a las áreas de tratamiento. No se permite que los niños menores de 13 años queden en la sala de espera sin supervisión sin que alguien, de 18 años de edad o mayor, los acompañe.

- Presentaremos su seguro primario y podremos ESTIMAR lo que puede cubrir su seguro. Esta es simplemente una estimación, no una garantía de beneficios. Cualquier cantidad que su seguro no cubra es la responsabilidad exclusiva de la parte financieramente responsable (padre o tutor legal) proporcionarle una soberbia si desea presentar su cobertura secundaria desde su hogar.

- El pago debe hacerse al momento del servicio. SIN EXCEPCIONES. Después de que el seguro pague un reclamo, usted tiene 30 días para pagar cualquier saldo pendiente para evitar pasar la cuenta a una colección agencia.

- Se cobrará una tarifa de \$ 50.00 NSF en todos los cheques devueltos. Tendrá 10 días para realizar el pago completo en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal.

---

(FIRMA DEL PADRE / TUTOR)

(FECHA)