



# Formulario de Información

Fecha \_\_\_\_\_ Como se enteró de Shine? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: Hombre Mujer

2. Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: Hombre Mujer

3. Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: Hombre Mujer

4. Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: Hombre Mujer

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigó postal: \_\_\_\_\_

Númeró de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ A cual escuela atienden los pacientes? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL

1. Nombre del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: (circula uno) Padre Madre Padrastro Padre adoptivo Otro \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ # Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Otro Nombre de esposo (a): \_\_\_\_\_

**Completa si es diferente del paciente:**

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigó Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Nombre del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: (circula uno) Padre Madre Padrastro Padre adoptivo Otro \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ # Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Otro Nombre de esposo (a): \_\_\_\_\_

**Completa si es diferente del paciente:**

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigó Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

**En caso de una emergencia en la que los padres o tutores legales no puedan ser contactados, proporcione un contacto.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

# Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



# Formulario de Información

## CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR

**Shine Orthodontics & Pediatric Dentistry requiere que un tutor legal acompañe a los niños a sus citas dentales, si un tutor legal no puede estar presente, proporcione los nombres de los cuidadores o padrastros que usted autoriza para tomar decisiones médicas, dentales y financieras para el paciente.**

- 1. Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- 2. Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Yo, el tutor legal de \_\_\_\_\_, autorizó los cuidadores anteriores para que acompañen y tomen decisiones médicas o dentales según sea necesario para el paciente, también acepto toda la responsabilidad financiera por cualquier procedimiento dental completado bajo la supervisión del cuidador.**

Nombre del tutor legal	Firma del tutor legal	Fecha
------------------------	-----------------------	-------

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

**Seguro Dental Primario** Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ # Teléfono del seguro(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# Identificación del asegurado: \_\_\_\_\_ # De grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro Dental Secundario** Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ # Teléfono del seguro: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# Identificación del asegurado: \_\_\_\_\_ # De grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro de Medicaid (AHCCCS)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Identificación: \_\_\_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Identificación: \_\_\_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Identificación: \_\_\_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Identificación: \_\_\_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_



# Formulario de Información

## HISTORIAL DENTAL

¿Cuándo fue tu última visita dental? \_\_\_\_\_

Nombre del dentista anterior: \_\_\_\_\_

### ¿Tiene alguna preocupación con alguno de los siguientes?

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de los dientes o la boca   | <input type="checkbox"/> Dientes apretujados                   | <input type="checkbox"/> Rechinado |
| <input type="checkbox"/> Infección                        | <input type="checkbox"/> Pobre hábito de cepillado             | <input type="checkbox"/> Otro      |
| <input type="checkbox"/> Caries                           | <input type="checkbox"/> Herpes labial / Ulceras bucales       |                                    |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en los dientes o encías | <input type="checkbox"/> Hábitos del dedo, pulgar o de chupón. |                                    |

### En caso afirmativo, explique por favor:

Nombre del paciente / Preocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente / Preocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente / Preocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente / Preocupación: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO DE HIPAA

### RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Reconozco que me han proporcionado una copia del **Aviso de prácticas de privacidad HIPAA** de Shine.

\_\_\_\_\_  
**Nombre** del tutor legal / paciente

\_\_\_\_\_  
**Firma** del tutor legal / paciente

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Relación con el paciente (marque uno):

- Madre/Padre    Guardián    Tutor legal    Yo    Otro:

Por favor tenga en cuenta: tiene derecho a negarse a firmar este reconocimiento.



# Formulario de Información

## POLÍZAS DE SHINE ORTHODONTICS AND PEDIATRIC DENTISTRY

Gracias por elegir Shine Orthodontics and Pediatric Dentistry como su hogar dental, estas polizas se han implementado para la privacidad de nuestros pacientes y para garantizar que se realicen pagos financieros, lo que nos permite continuar brindando cuidado dental de calidad a nuestros pacientes, es importante que trabajemos juntos para garantizar que el pago de los servicios sea lo más simple y directo possible, nuestro gerente de práctica y el departamento de facturación estarán encantados de discutir estas polizas con usted.

*Por favor lea cuidadosamente y ponga sus iniciales en cada declaración, luego firme abajo.*

1.  **Es mi responsabilidad proporcionar a Shine la información necesaria para procesar los reclamos de seguros.** Es mi responsabilidad notificarle a Shine si hay un cambio en la cobertura del seguro, la residencia o el número de teléfono, los planes de tratamiento que se brindan en la oficina son siempre una estimación de lo que cubrirá el seguro, en función de la información proporcionada por el seguro, como cortesía, Shine le ayudará a facturar a su proveedor de seguros presentando no más de dos reclamaciones por fecha de servicio en su nombre, **en última instancia, depende de mí saber los beneficios de mi seguro, el pago se debe realizar en el momento del servicio, independientemente de quién acompañe al niño.**
2.  **Entiendo que los menores deben estar acompañados por una parte responsable, mayor de 18 años, para ser tratados en Shine.** Si el niño está presente con alguien que no sea un padre o tutor, debemos tener una copia de los documentos legales correspondientes o un formulario de consentimiento del cuidador firmado.
3.  **Llamaré a Shine al menos 48 horas hábiles antes de mi cita, si no puedo cumplir con la cita programada de mi hijo.** Entiendo que si no me presento a la cita programada de mi hijo, se considera un "NO SHOW", y se aplica una tarifa de \$40 por las citas de rutina, y se pueden aplicar hasta \$100 por tratamiento dental, en Shine, nos dedicamos a la atención preventiva y al tratamiento de nuestros pacientes, cuando programamos citas, reservamos tiempo y recursos profesionales para satisfacer las necesidades individuales de nuestros pacientes, incluido el tiempo para una consulta personal, cuando un paciente no se presenta a una cita o se cancela dentro de las 48 horas posteriores a la cita, nuestros valiosos recursos están inactivos, más importante aún, se pierde una oportunidad de cuidado al paciente.
4.  **Apagaré mi celular durante mi cita,** a medida que el uso de teléfonos celulares ha crecido, nos hemos dado cuenta de cómo pueden interferir con la comunicación entre el paciente y el médico, así como la privacidad del paciente, debido a esto, el uso de teléfonos celulares no está permitido en áreas de pacientes, gracias por su cooperación y comprensión.
5.  **Entiendo que habrá un cargo de \$20 por el procesamiento de solicitudes de registros, realizado voluntariamente por el paciente o tutor.** El pago para completar estos formularios se cobrará en el momento de la solicitud, una vez recibido el pago, el procesamiento de la solicitud de registros toma hasta 48 horas hábiles.

*He leído y entiendo las polizas de Shine Orthodontics and Pediatric Dentistry.*

\_\_\_\_\_  
**Nombre** del tutor legal / paciente

\_\_\_\_\_  
**Firma** del tutor legal / paciente

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



# Formulario de Información

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

## Actualizar información de contacto

Dirección:

# Teléfono:

¿Tiene un médico, pediatra o clínica?

Si O No O

Por favor indique el nombre

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?

Si O No O

¿Alguna vez has tenido una lesión grave en el cuello?

Si O No O

¿Está tomando medicamentos, vitaminas o drogas?

Si O No O

¿Estás en una dieta especial?

Si O No O

¿Está al día con todas sus inmunizaciones?

Si O No O

Usted es alérgico a alguno de los siguientes?

Acrílico

Codeína

Metal

Drogas Sulfa

Amoxicilina

Latex

Cacahuates

Otra comida / nuez

Clindamicina

Anestesia local

Penicilina

Otra alergia

Si es otro, explique:

Tiene, O ha tenido, alguno de los siguientes?

### Corazón y sangre

SIDA / VIH Positivo..... Si O No O  
Anemia..... Si O No O  
Válvula de corazón artificial.. Si O No O  
Enfermedad de la sangre..... Si O No O  
Transfusión de sangre..... Si O No O  
Moretones con facilidad..... Si O No O  
Trastorno congénito..... Si O No O  
Diabetes/Hipoglucemia..... Si O No O  
Enfermedad del corazón..... Si O No O  
Soplo cardíaco..... Si O No O  
Marcapasos de corazón..... Si O No O  
Hemofilia..... Si O No O  
Presión alta sanguínea..... Si O No O  
Colesterol alto..... Si O No O  
Latido del corazón irregular... Si O No O  
Leucemia..... Si O No O

Presión arterial baja..... Si O No O  
Enfermedad de celula falciforme..... Si O No O

### Conductual y neurologico

ADD/ADHD..... Si O No O  
Autismo..... Si O No O  
Preocupamientos de comportamiento..... Si O No O  
Convulsiones..... Si O No O  
Epilepsia/convulsiones..... Si O No O  
Desmayos/Mareos..... Si O No O

### Relacionado con el hígado

Hepatitis A..... Si O No O  
Hepatitis B o C..... Si O No O  
Problemas del riñón..... Si O No O  
Enfermedad del hígado.... Si O No O  
Enfermedad renal..... Si O No O

### Respiración y pulmones

Anafilaxia..... Si O No O  
Asma..... Si O No O  
Problemas para Respirar.. Si O No O  
Bronquitis..... Si O No O  
Tos frecuente..... Si O No O  
Fiebre de heno..... Si O No O  
Enfermedad pulmonar..... Si O No O  
Neumonía..... Si O No O  
Alergia estacionales..... Si O No O  
Problemas con las vías nasals..... Si O No O  
Amigdalitis..... Si O No O  
Tuberculosis..... Si O No O  
Musculo Esqueletico  
Artritis / gota..... Si O No O  
Dolor de mandibular..... Si O No O

Fiebre reumática..... Si O No O  
Artritis reumatoide..... Si O No O

### Otro

Enfermedad de autoinmune..... Si O No O  
Cancer..... Si O No O  
Paladar hendido..... Si O No O  
Herpes labial / ampollas. Si O No O  
Dolores de cabeza frecuentes..... Si O No O  
Herpes..... Si O No O  
Erupciones/Ronchas..... Si O No O  
Parto prematuro..... Si O No O  
Escarlatina..... Si O No O  
Enfermedad de tiroides..... Si O No O  
Tumores/Crecimientos.. Si O No O  
Ulceras..... Si O No O

Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista?

Si O No O

Comentarios:

Nombre del tutor legal / paciente

Firma del tutor legal / paciente

Fecha

Firma del Doctor

Fecha