



James L. Hutton, D.D.S. \* Heather H. Owens, D.D.S.

Certificados por la Junta Americana de Odontología Pediátrica

(931)381-9721

www.childrensdentalcolumbia.com

### CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Llamado: \_\_\_\_\_

Género: Masculino Femenino Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hermanos/Edades: \_\_\_\_\_

Escuela/Grado: \_\_\_\_\_

Médico del Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al médico: \_\_\_\_\_

Seguro Social de su hijo: \_\_\_\_\_

TennCare: Sí No

### INFORMACION DE LA MADRE/TUTOR

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel de casa: \_\_\_\_\_ Celular#: \_\_\_\_\_

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

Trabajo#: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Licencia#: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casada Soltera Separada Divorciada Viuda

### INFORMACION DE EL PADRE/TUTOR

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel de casa: \_\_\_\_\_ Celular#: \_\_\_\_\_

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

Trabajo#: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Licencia#: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Quien tiene custodia legal de este niño? \_\_\_\_\_

Fue su hijo adoptado? Sí No

¿Otros niños en su familia que hayan recibido atención dental de esta oficina? \_\_\_\_\_

¿Es esta la primera visita de su hijo a un dentista? Sí No

En caso de no, nombre de dentista previo: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por referirlos? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido una experiencia desfavorable en un consultorio médico o dental? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguna reacción desfavorable a los medicamentos, incluidos los antibióticos y los anestésicos locales? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

Por favor indique los nombres, la dosis y la frecuencia de todos los medicamentos que toma actualmente su hijo:

¿Está su hijo siendo tratado por un médico? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

Fuente de agua casera: Ciudad Pozo Manantial

¿Su hijo toma suplementos de fluoruro? Sí No

### Condiciones Dentales: Por favor Circule

Diente Quebrado	Lesión Bucal	Dolor de Mandibula
Caries	Dientes Sensibles	Ampollas de Fiebre
Dientes Chuecos	Úlceras Bucales	Usa Chupón
Chupar de Dedos	Dolor de Muelas	

### Condiciones Medicas: Por favor Circule

Anemia	Asthma	Déficit de Atención
Autismo	Sangrado	Transfusiones de Sangre
Diabetes	Parálisis Cerebral	Labio/Paladar Hendido
Hepatitis	Fiebre Reumática	Síndrome de Down
Epilepsia	Convulsiones	Problemas Emocionales
Desmayo	Desorden Nervioso	Enfermedad Mental
VIH/SIDA	Riñón /Hígado	Defecto del Corazón
Tuberculosis	Retraso Mental	Discurso /Audición

Otra: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (MENOR)

El Dr. James Hutton y la Dra. Heather Owens están comprometidos a proporcionar el mayor cuidado posible para su hijo. Como su hijo es menor de edad, es necesario obtener consentimiento firmado de los padres o tutor legal antes de cualquier tratamiento dental se puede realizar.

### Clínico

1. Como el padre o tutor legal, yo autorizo a Children's Dental Associates para realizar todo tratamiento recomendado para mi hijo.
2. Yo autorizo a Children's Dental Associates para tomar las radiografías, estudio de modelos, fotos, y otras ayudas de diagnóstico o materiales necesarios para realizar un diagnóstico exhaustivo. Yo autorizo a que estas ayudas o materiales pueden ser liberados a terceros pagadores y/o otros profesionales de la salud.
3. Yo autorizo el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos, según sea necesario y soy plenamente consciente de que utilizar agentes anestésicos implica ciertos riesgos, incluyendo, pero no limitado al enrojecimiento y la hinchazón de los tejidos, dolor, vómitos, mareos, aborto espontáneo, paro cardíaco, somnolencia o falta de coordinación.

### Financiero

4. Yo soy responsable del pago por los servicios prestados en nombre del paciente. Entiendo que el pago es debido cuando se prestan los servicios.
5. Entiendo que habrá un cargo de \$29 por cualquier cheque devuelto y no cheques futuros serán aceptados para el pago.

### Seguro

La cobertura proporcionada por las compañías de seguros varía de una compañía a otra. Es imposible para nuestra oficina saber cuánto paga cada compañía por cada procedimiento y qué no cubre. Por lo tanto, es importante que se familiarice con su cobertura de seguro. El hecho de que su seguro opte por no cubrir un determinado procedimiento no significa que el procedimiento no sea importante para su hijo. Como proveedores de atención dental, nuestra relación es con usted y su hijo, no con su compañía de seguros. La presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que brindamos a nuestros pacientes, sin embargo, todos los cargos son su responsabilidad desde el momento en que se prestan los servicios. Recogeremos la parte estimada por computadora más cualquier deducible requerido por su compañía de seguros. Nuestra supervisora de la oficina de negocios puede ayudarle si necesita financiamiento para el tratamiento.

6. Autorizo a Children's Dental Associates a divulgar al personal, hospitales, planes de servicios de atención

médica, compañías de seguros, auto aseguradores o sus representantes, toda la información, registros, radiografías sobre el historial médico del paciente, los servicios prestados o el tratamiento recomendado.

7. Autorizo a la práctica a presentar reclamaciones por el pago de los servicios prestados o las autorizaciones previas necesarias para mi compañía de seguros, en mi nombre o en nombre de mi hijo y en mi nombre que figura como "firma en el archivo" y asigno a Children's Dental Associates los beneficios de seguro que proporcionan la asignación es aceptado. Soy responsable del pago, independientemente de la cobertura que ofrezca mi seguro.

### Citas Rotas

8. Entiendo que se requiere un aviso de cancelación de 24 horas y que mi hijo puede ser despedido de la práctica si falto a 3 o más citas con el dentista sin avisar con 24 horas de anticipación.

**Por favor liste cualquier procedimiento que NO quiera que se le realice a su hijo:**

---

---

No responsabilizo al Dr. Hutton o la Dra. Owens por cualquier efecto perjudicial que resulte de la no realización de los procedimientos anteriores. He leído y comprendido la información anterior. Quiero que se realicen los procedimientos que representan el estándar de atención presentado por la Academia Americana de Odontología Pediátrica y la Asociación Dental Americana. Entiendo que en caso de que exista algún procedimiento que no desee que se realice con mi hijo, debo notificarlo a la oficina antes de la visita de mi hijo. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el Dr. Hutton o la Dra. Owens realicen servicios dentales para mi hijo.

---

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

---

Firma del Padre/Tutor Legal

---

Relacion al Paciente

---

Fecha

\*\*\* Esta forma no expira hasta que el padre / tutor legal complete otro "Consentimiento del Paciente (Menor)".