



**CHRIS FAGAN, DDS, PLLC | TIM FAGAN, DDS, MS**

423 N. Van Buren | Enid, OK 73703 Teléfono: 580-233-0043 | Fax: 580-233-8571

Nuestra práctica está basada en el cuidado preventivo Si tiene alguna pregunta, siéntase con libertad de preguntarnos.

**Favor de llenar esta forma con tinta negra o azul.**

### 1 - INFORMACIÓN DE SU NIÑO

Nombre \_\_\_\_\_  
Nombre que prefiere el niño \_\_\_\_\_  
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2 - INFORMACIÓN DE PAGO

Tiene su hijo cobertura de seguro dental? \_\_\_\_\_  
A nombre de quien está la póliza \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro Dental \_\_\_\_\_  
# Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo \_\_\_\_\_  
Parentesco con paciente \_\_\_\_\_  
Método de pago por servicios no cubiertos por aseguranza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3 - INFORMACIÓN GENERAL

Razón por la cual requiere nuestro servicio \_\_\_\_\_  
A quién le debemos de dar las gracias por habernos referido? \_\_\_\_\_  
A atendido Dr. Fagan a otro miembro de su familia? \_\_\_\_\_  
Nombres y parentescos con el paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4 - INFORMACIÓN DE USTED

Su Nombre \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo en este domicilio \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
Número de tel. en el día \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
# SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ # Años \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
Nombre de conyugue \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo en este domicilio? \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Número de tel. en el día \_\_\_\_\_  
# SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ # Años \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

#### EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

Nombre \_\_\_\_\_  
Número de tel. en el día \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTORIAL DENTAL

**5** Nombre y dirección del dentista que ha visto previamente \_\_\_\_\_  
Fecha de última examinación \_\_\_\_\_ Tratamiento recetado \_\_\_\_\_  
Su hijo a experimentado reacciones negativas de algún cuidado dental o médico? Explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6 Por favor circule si su hijo ha tenido o tiene cualquiera de lo siguiente:

Abscesos	Fuego bucal	Usa chupón	Lesión a dientes frontales/mandíbula/cara
Respira por la boca	Tratamiento de ortodoncia	Sangrado de encías	Gruñe los dientes
Se chupa el dedo	Problemas de articulación mandibular	Usa suplementos de fluoruro	NINGUNO _____

**7** Hasta que edad le dio pecho a su hijo? \_\_\_\_\_ Hasta que edad le dio biberón? \_\_\_\_\_  
 Quién cepilla los dientes de su hijo? \_\_\_\_\_ Cuantas veces al día? \_\_\_\_\_ Qué tipo de pasta dental usa? \_\_\_\_\_  
 Usa hilo dental? \_\_\_\_\_ Hay algo de la apariencia de las dientes de su hijo que le desagrada? \_\_\_\_\_  
 Por favor explique \_\_\_\_\_

**8** Tiene su hijo algún problema de salud? **SI** **NO**  
 Por favor explique: \_\_\_\_\_  
 Está tomando su hijo algún medicamento (incluyendo medicamentos sin prescripción) en este momento? **SI** **NO**  
 Por favor nombre los medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Su hijo tiene alergias a alguna droga, medicamentos, látex, o metales? **SI** **NO**  
 Por favor nómbrelos: \_\_\_\_\_  
 Ah estado su hijo hospitalizado, tenido alguna cirugía, u operación? **SI** **NO**  
 Por qué razón: \_\_\_\_\_

**9 Indique circulando si alguna vez su hijo tiene o a tenido alguno de estos padecimientos:**

Sangrado anormal o desorden en sangre	Epilepsia	Deficiencia Nutricional
SIDA/desorden de inmunodeficiencia	Problema de visión	Problema Ortopédicos
Anemia	Desmayos	Neumonía
Alergias	Pérdida de audición	Embarazo
Articulación artificial/Implantes valvulares	Problema cardiacos/soplo cardiaco	Desorden Psiquiátricos
Asma	Hemofilia	Fiebre reumática
Autismo	Hepatitis	Escoliosis
Lesión cerebral	Alta o baja presión	Anemia de células Falciformes
Cáncer/Tumores	Hiperactivo	Espina bífida
Parálisis cerebral	Problemas de hígado/riñón	Problemas estomacales/ulceras
Quimioterapia	Leucemia	Embolia
Labio leporino/paladar hendido	Problema pulmonar	Síndrome _____
Convulsiones	Retraso mental	Transfusión de sangre
Diabetes	Paperas	Tuberculosis
Problemas emocionales	Desorden muscular	Enfermedad venéreas
Desorden endocrino	Distrofia muscular	OTROS _____
Comentarios _____		

**10** Nombre de pediatra o médico familiar \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Cuando fue el último examen médico \_\_\_\_\_  
 Alguna otra información de la salud de su hijo que necesitemos saber? \_\_\_\_\_

**AUTORIDAD PARA TRATAMIENTO**

Yo acredito que la información proporcionada es correcta. Yo, siendo el padre, guardián u otra persona con custodia legal del menor antes mencionado doy el consentimiento y autorizo para que el doctor pueda emplear cualquier tratamiento, medicamento, terapias y técnicas de manejo del paciente en relación con el cuidado dental del paciente. Autorizo y doy consentimiento al doctor a usar dicha asistencia como él crea necesario. Yo comprendo que el diagnóstico de los servicios requeridos y la explicación completa de los procedimientos me serán notificadas por el doctor y/o su personal antes de ser efectuados. Yo comprendo que mi aseguranza dental tal vez no pague el total de los servicios. Yo me comprometo a pagar por todos los servicios efectuados en la oficina. Si no pago el balance total en 25 días de haber recibido el cobro, se me agregara un cargo por pago atrasado de 1.5% del balance total cada mes. En el caso que no se pague esta cuenta, yo acepto pagar por costos de recolección y los servicios de un abogado requerido para intentar recolectar los pagos o cualquier balance de la cuenta. Yo entiendo que si es necesario, ustedes pueden obtener una copia de mi reporte de crédito. Doy mi consentimiento de recibir llamadas y mensajes de texto de esta oficina a través del sistema de marcación telefónica automatizada, y/o mensajes pregrabados.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Doctor Signature: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY



LO QUE PUEDE ESPERAR FINANCIABLEMENTE  
BRUSH PEDIATRIC & FAMILY DENTISTRY  
Chris Fagan, DDS, PLLC

*Gracias por habernos elegido como su dentista y/o de su(s) hijo(s). Nuestra primera preocupación es que usted y/o su(s) hijo(s) reciba(n) el tratamiento adecuado y optimo necesario para promover un cuidado dental excepcional.*

Se espera el pago el día de la cita. **No** mandaremos un cobro a terceras personas; por lo tanto, **usted es responsable por el pago total el día de la cita, o el padre o tutor que traiga los niños a sus citas, es responsable por el pago total de las citas.** Aceptamos **efectivo, cheques personales, pago por adelantado, MasterCard, Visa, Discover, American Express, y financiamiento dental externo (bajo aprobación).** Si usted no tiene aseguranza, favor de proceder a la sección: "Otras cosas que necesita saber". Si usted tiene aseguranza, nosotros mandaremos la información a su póliza de seguro solo si usted se compromete a lo siguiente:

1. Usted provee la información de su aseguranza actual y nos avisa de cualquier cambio de cobertura ANTES de la próxima cita.
2. Nuestra oficina se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros honorarios reflejan lo que usualmente se cobra en nuestra área de especialidad. Sin embargo, cada compañía de seguros hace determinaciones arbitrarias de lo que eligen como las tasas usuales y habituales. Usted es responsable de todo monto que no sea pagado por su aseguranza. Si su aseguranza no paga el total de tratamiento en 45 días después del tratamiento, le contactaremos para resolver la balanza.
3. NO somos partido a ningún contrato de aseguranza. Nuestra relación es con usted, y no su compañía de seguro.
4. Todas las compañías de seguro son diferentes. Es difícil estimar cuanto va a pagar su aseguranza secundaria. Por lo tanto, nosotros NO usamos la información de su aseguranza secundaria para calcular o estimar su copago.
5. En efecto, el asegurado instruye y dirige la compañía de seguro a pagar por cheque, o transferencia electrónica, dirigido y enviado a Chris Fagan, DDS, PLLC. Si la póliza de la compañía de seguro prohíbe pago directo al médico, el asegurado también instruye y dirige la compañía de seguro a pagar con cheque dirigido a Chris Fagan, DDS, PLLC o Brush Dental y mandar por correo a: C/O Chris Fagan, DDS, PLLC.

**Otras cosas que necesita saber:** Los saldos de cuenta que tengan más que 60 días de vencimiento estarán sujetos a cobros adicionales y cargos de facturación. Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Le recomendamos comunicarnos cualquier tipo de problemas para que podemos ayudar administrar mejor se cuenta y así seguir a mantener el mejor relación posible con usted. Cheques o pagos automáticos devueltos están sujetos a una tarifa de \$25.00.

**Respecto a las citas:** le pedimos su cooperación para cumplir con sus citas programadas. Cuando una cita no se cumple, tres grupos de personas sufren:

- 1a Usted, o su hijo, sufre por no haber recibido la atención que necesita.
- 2a Otros pacientes sufren por no tener la oportunidad de ser atendidos en ese momento.
- 3a Hay una pérdida económica para nuestra oficina ya que nuestros gastos (renta, utilidades, salario, etc.) continúan aunque su hijo este aquí o no, y tenemos poca oportunidad de programar otro paciente al momento en corto plazo.

**Por lo tanto, citas canceladas o incumplidas sin aviso de por lo menos 24 horas antes, serán sujetas a una penalidad de \$50.00 por paciente en su familia.** Después de dos (2) citas incumplidas todas las citas futuras deben ser pagadas en su totalidad antes de que su hijo sea atendido por el Dr. Fagan. \_\_\_\_\_

Iniciales

Como servicio a nuestros clientes, proveemos llamadas para recordarle de su cita o cualquier cambio de tratamiento, aseguranza, y/o su cuenta. A proveer su número de celular usted está de acuerdo a recibir llamadas a ese número. Al firmar sus iniciales usted entiende que tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento. \_\_\_\_\_

Iniciales

**Al firmar a continuación, usted acepta que ha leído, entendido, y está de acuerdo con esta póliza financiera/cita.**

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_