



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 a seguridad _____

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 | Grüne 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 nómbrellos: _____
 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 a seguridad 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: _____



LO QUE PUEDE ESPERAR FINANCIABLEMENTE

BRUSH PEDIATRIC & FAMILY DENTISTRY

Chris Fagan, DDS, PLLC

ATENCIÓN A PACIENTES USANDO LA TARJETA DE SALUD DENTAL DE OKLAHOMA

Gracias por habernos elegido como dentista de su hijo. Nuestra primera preocupación es que su hijo reciba el tratamiento adecuado y optimo necesario para promover un cuidado dental excepcional.

Favor de poner sus **INICIALES** en cada línea después de leerlo, y firmar su nombre y la fecha de hoy en la parte abajo.

_____ El paciente debe de tener elegibilidad actual por Salud Dental de Oklahoma para poder hacer
Iniciales tratamiento; o si no, aceptamos pago completo antes del tratamiento.

_____ Un padre o guardián legal debe traer al paciente para todas citas. Si esto no es posible, necesitaremos
Iniciales autorización escrito del padre o guardián legal para poder hacerle tratamiento.

_____ Los padres son invitados a acompañar su hijo/hija al área de tratamiento en su primer visita. Si se
Iniciales requieren tratamiento adicional, pedimos que los padres permanezcan en la sala de recepción durante el tratamiento.

_____ Si no cumple con su cita programada, y sin aviso de 24 horas, no se darán más citas. La única
Iniciales excepción a esta regla será una nota firmada por doctor in caso de enfermedad. Si usted necesita transportación, puede llamar al Sooner Ride a 1-877-404-4500. Favor de llamar 3 días antes para reservar su lugar.

_____ Si llega tarde a su cita, su hijo no será atendido si causa un retraso de otras citas. No es justo que
Iniciales hagamos esperar a los otros pacientes que llegaron a tiempo. Si no podemos atender a su hijo por haber llegado tarde se considerará cita incumplida la cita y no se podrá programar otra cita.

_____ **Requiramos aviso de 24 horas para cambiar o cancelar una cita.** Sin aviso de 24 horas no se puede
Iniciales programar otra cita. SoonerCare requiere que reportemos la cita incumplida directamente a ellos.

_____ Como servicio a nuestros clientes, proveemos llamadas para recordarle de su cita o cualquier cambio
Iniciales 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.

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

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____