

Historia Médico/Dental de Niños

Nombre del paciente <small>APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL</small>			Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre o Guardián			Relación con el paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL - ZIP
Teléfono <small>HOGAR TRABAJO</small>			Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

¿Ha tenido usted (el padre/madre o guardián) o el paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente por más de 3 semanas, 3. Tos que produce sangre?

Si contesta que sí en alguno de los problemas anteriores, deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Ha tenido el niño historia, dificultad, o diagnóstico de alguno de los siguientes:

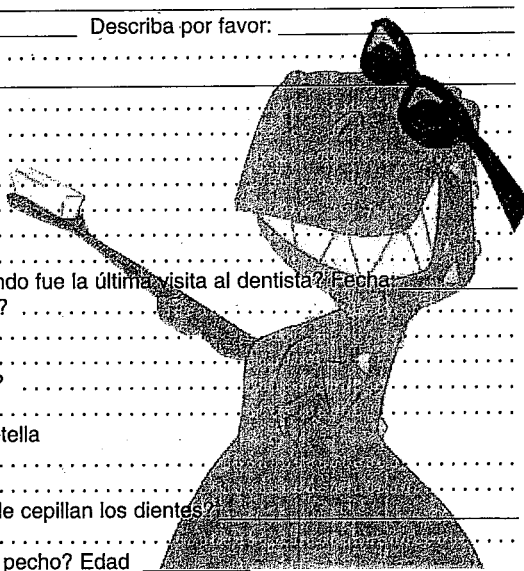
<input type="checkbox"/> Alergia al Látex	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desórdenes de Sangrado	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Huesos/ Articulaciones	<input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Varicelas
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme (sickle cell)	<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Mastoiditis	<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA
	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescentes)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/drogas	<input type="checkbox"/> Otros

Por favor anote el nombre y el teléfono del médico del niño:

Nombre del Médico _____ Tel. _____

HISTORIA DEL NIÑO

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando alguna medicina actualmente? Si es así, anótela: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a la penicilina, antibióticos o cualquier otra medicina? Si es así, explique: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a otras cosas, como algunos alimentos? Si es así, explique: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo describiría los hábitos de alimentación del niño? _____		
5. ¿Ha tenido el niño alguna vez una enfermedad seria? Si es así, ¿cuándo? _____ Describe por favor: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido hospitalizado el niño? _____	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño historia de otras enfermedades? Si es así, anote: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño anestesia general alguna vez? _____	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño algún problema hereditario? _____	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño alguna dificultad del habla? _____	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño una transfusión de sangre alguna vez? _____	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es el niño impedido física, mental, o emocionalmente? _____	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sangra el niño excesivamente al cortarse? _____	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento para alguna enfermedad? _____	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es ésta la primera visita del niño al dentista? Si no es la primera visita, ¿cuándo fue la última visita al dentista? Fecha: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con los tratamientos dentales en el pasado? _____	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño alguna vez radiografías (Rayos X)? _____	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? _____	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o la pérdida de los dientes? _____	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha recibido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué clase de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> de la ciudad <input type="checkbox"/> de pozo <input type="checkbox"/> de botella		
22. ¿Toma el niño suplementos de fluoruro? _____	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usa pasta dental con fluoruro? _____	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día se le cepillan los dientes al niño? _____ ¿Cuándo se le cepillan los dientes? _____		
25. ¿Se chupa el pulgar, los dedos o el chupón? _____	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿De tomar el pecho? Edad _____		



NOTA: Se aconseja que tanto el doctor como el paciente hablen antes del tratamiento de todos y cada uno de los puntos importantes relacionados con la salud del paciente.

Certifico que he leído y comprendo lo anterior. Confirmando que mis preguntas, si alguna, acerca de la información pedida arriba han sido debidamente contestadas. No consideraré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, responsable por ninguna acción que tomen o no tomen por errores u omisiones que yo haya hecho al completar este formulario.

Firma del Padre/Madre o Guardián	Fecha
Para el dentista llenar	
Comentarios acerca de la entrevista con el padre/madre/guardián y el paciente en lo que concierne a la historia médica _____	
Descubrimientos significativos en el cuestionario o entrevista _____	
Consideraciones para el manejo dental _____	
Firma del Dentista	Fecha

OUR FINANCIAL POLICY

We are committed to providing you with the best possible care, and we are pleased to discuss our professional fees with you at any time. Your clear understanding of our Financial Policy is important to our professional relationship. Please ask if you have any questions about our fees, Financial Policy, or your responsibility.

- All patients must complete our "Patient Information Form" before seeing the doctor.
- FULL PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE.
- WE ACCEPT CASH, CHECKS, VISA/MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER.

ADULT PATIENTS

Adult patients are responsible for **full payment** at time of service.

MINORS ACCOMPANIED BY AN ADULT

The adult accompanying a minor, and his/her parents (or guardians), are responsible for **full payment** at the time of service.

UNACCOMPANIED MINORS

The parents (or guardians) are responsible for **full payment**. Non-emergency treatment will be denied unless charges have been paid in full at time of service.

REGARDING INSURANCE

If you have insurance, we will help you receive maximum benefits.

We MAY accept your insurance if you obtain approval from our office staff prior to the date of service. If we accept your insurance, you must pay your estimated portion. If your insurance company has not paid the FULL BALANCE within 45 days, you have 15 days to pay the balance. If your insurance company pays more than the balance due, we will send a refund check to you immediately.

INSURANCE IS A CONTRACT BETWEEN YOU AND YOUR INSURANCE COMPANY. We are NOT a party to this contract, in most cases. We file insurance claims as a courtesy to our patients. We will not become involved in disputes between you and your insurance company regarding deductibles, co-payments, covered charges, secondary insurance, "usual and customary" charges, etc., other than to supply factual information as necessary. You are responsible for the timely payment of your account.

MISSED APPOINTMENTS

Unless canceled 24 hours in advance, our policy is to charge for missed appointments at the rate of \$15 per 15 minutes of appointment time.

Thank you for understanding our Financial Policy. Please let us know if you have any questions or concerns.

Responsible Party Signature _____ Date _____

Eddie G. Tennison D.D.S.
2117 N. Mays
Round Rock, TX 78664
(512) 244-1221

APPOINTMENT POLICY
PLEASE READ AND SIGN

We are happy to provide services for your child. However we are unable to provide for patients who do not keep scheduled appointments. It generally takes our staff 48 hours at least to fill a cancelled appointment. Patients who call to reschedule appointments with at least two days notice can usually be accommodated without a problem. Short notice cancellations and patients who "no show" appointments may result in permanent discontinuation of services. This is a private dental office and we simply cannot afford to provide for folks who do not take their appointments seriously. We do make exceptions in situations of unavoidable circumstances (like traffic accidents and sudden serious illness). However appointments broken without at least 24 hours notice will almost always result in a broken appointment fee or discontinuation. Please understand that we must keep the doctor and hygienist completely scheduled at all times. We are not a government funded clinic and must generate a profit to pay our employees and stay in business. Your cooperation in this matter is greatly appreciated.

In general it is our policy to confirm all appointments 48 hours in advance. If we leave a message at your residence or job, please Do return our phone call to confirm or change the appointment. If the office staff does not answer when you call, there is an answering machine at 244-1221 to leave a message. If we do not hear from you by the day before the scheduled appointment, we will attempt to give your appointment to another patient. It may be difficult for you to reschedule without a substantial delay. We want to work with you if you have problems keeping a scheduled appointment. But we need reasonable notice to change appointments and you have to call. Please give us all your phone numbers including cell phone and pager if you have them. We need to reach you during our business hours. Remember that we don't mind if you break an appointment. We just want to know in advance so that we can keep our schedule full.

Signature

Eddie G. Tennison, DDS
2021 N Mays St, Ste 1200
Round Rock, Texas 78664

Medical Information Release Form

(HIPAA Release Form)

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Release of Information

I authorize the release of information including the diagnosis, records; examination rendered to me and claims information. This information may be released to:

Spouse _____

Child(ren) _____

Other _____

Information is not to be released to anyone.

This ***Release of Information*** will remain in effect until terminated by me in writing.

Messages

Please call my home my work my cell Number: _____

If unable to reach me:

you may leave a detailed message

please leave a message asking me to return your call

The best time to reach me is (day) _____ between (time) _____

Signed: _____ Date: ____/____/____

Witness: _____ Date: ____/____/____

Eddie G. Tennison, DDS
2021 North Mays, Ste 1200
Round Rock, TX 78664
Phone: (512) 244-1221

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

I, _____ have received a copy of the
(Name of Patient)

Notice of Privacy Practices for Eddie Tennison, DDS.

(Signature of Patient or Responsible Party)

Staff Will Fill Out This Section If Patient's Signature Is Not Obtained

Our office made a good faith effort to obtain Acknowledgement of Receipt of our notice of Privacy Practices, but it could not be obtained for the following reason:

____ Patient refused to sign.

____ Emergency situation kept us from obtaining the Patient's signature

____ Language barriers kept us from obtaining the Patient's signature.

____ Other _____