

# **REGISTRO DE PACIENTE**

**Paciente:**

Apellido  Nombre  Femenino/Masculino

Nombre Preferido  Fecha de Nacimiento

**Direccion:**  
Calle  Apt #

Ciudad  Estado  Zip

**Nombre de Escuela:**

Daycare/Preschool/School  Ciudad

**Madre:**

Nombre  SS#  Fecha de Nacimiento

Correo Electronico  Empleador

Telefono Casa  Trabajo  Ext  Celular

Direccion si es diferente a la del paciente:

Calle  Apt#  Ciudad  Estado  Zip

**Padre:**

Nombre  SS#  Fecha de Nacimiento

Correo Electronico  Empleador

Telefono Casa  Trabajo  Ext  Celular

Direccion si es diferente a la del paciente:

Calle  Apt#  Ciudad  Estado  Zip

**Estado Civil de los padres:** Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)

**Informacion del Seguro Primario:**

Nombre del Asegurado:

ID#:  Group#:

Nombre del Seguro:

Direccion del Seguro:

Ciudad:  Estado:

Zip:  Telefono:

**Informacion del Seguro Secundario:**

Nombre del Asegurado:

ID#:  Group#:

Nombre del Seguro:

Direccion del Seguro:

Ciudad:  Estado:

Zip:  Telefono:

**Consentimiento/Autorizacion:** Certifico que he leido y entiendo el antedicho. Reconozco que mis preguntas se han contestado verazmente y al mejor de mi conocimiento. Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental que mi hijo/hija pueda necesitar durante el diagnostico y el tratamiento, con mi consentimiento informado.

**Persona Responsable:** Nombre  Firma

Relacion al Paciente  Fecha

## **CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre	Telefono	Relacion

**Historial Medico:**

Nombre del Paciente

**Fecha de Nacimiento:**

Nombre del Pediatra/Doctor Familiar

**Telefono#****ALLERGIAS A MEDICINAS, MATERIALES, COMIDA?**    **SI**    **NO**    **Explicar****Mi hijo/hija requiere precauciones especiales?**    **SI**    **NO**    **Explicar**

Ejemplo: necesita ser premedicado?

**Nombre los tipos de problemas medicos que tiene o haya tenido su hijo/hija?**

Problemas Cardiacos (soplos/defectos/cirugias)	SI	NO	Sangrado Excesivo	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Asma	SI	NO	VIH/SIDA	SI	NO
Problemas de Riñones	SI	NO	Problemas de Comportamiento/ADHD/ADD	SI	NO
Convulsiones/Epilepsia	SI	NO	Sindrome de Down	SI	NO
Defectos Congenitos	SI	NO	Autismo	SI	NO

**Explicar condiciones medicas no mencionadas anteriormente:****Medicamentos que su hijo/hija toma actualmente:****Informacion del Dentista anterior:****Procedimientos completados en su visita anterior al dentista:****Razon de su visita de hoy?**

**Consentimiento/Autorizacion:** Por medio de la presente certifico que he leido y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He estipulado todos los problemas medicos de los que tengo conocimiento. Yo certifico y doy mi consentimiento para que se le examine y tomen radiografias a mi hijo/hija. Tambien entiendo que es mi responsabilidad informar al Dr. Skordalakis o a cualquier miembro de su equipo de algun cambio de salud de mi hijo/hija.

**Persona Responsable:** Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **AVISO CONJUNTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Pacientes con seguro:** Como cortesia, nosotros eviamos los cobros a su compania de su seguro dental, usando la informacion que usted nos a proveido. Es por eso que used debe proveernos la informacion mas actual. Las companias de seguro tienen limitaciones y restricciones sobre la cobertura de servicios, por ejemplo: tratamiento de floruro, sellantes, rellenos blancos/resina. Sin excepciones los pagos son requeridos al momento de completarse el servicio tal como la porcion del paciente y deductible. Porfavor tome en cuenta que nosotros solo le proveemos un estimado sobre la porcion del paciente , no es el monto exacto a deber necesariamente. El monto exacto se sabra cuando su compania de seguro procese su reclamo. Cualquier balance pendiente en la cuenta sera enviado a usted por correo.

**Pacientes sin seguro:** Un plan de tratamiento sera presentado a used antes de comenzar algun tratamiento mayor que su hijo/hija necesite. Sin excepciones, el pago sera colectado en su totalidad en el momento que el tratamiento sea completado.

**Menores de Edad:** Ambos padres o guardianes son financieramente responsables por la totalidad del pago de los servicios prestados. En caso de divorcio del los padres ambos son responsables sin excepcion.

**Modo de Pago:** Efectivo, cheque, debito, y tarjetas de credito: MasterCard and Visa, Discover and American Express.

**Cheque Retornado:** \$40.00 sera cobrado si su cheque es retornado por su banco por saldo insuficiente.

**Responsabilidad de Pago:** Despues de que el reclamo dental haya sido procesado por su seguro, se le enviara un cobro por correo a la direccion en record por el balance pendiente. El pago debe ser enviado en los proximos 15 dias despues de haber recibido el cobro.

**Devoluciones:** Cuentas que reflejen un credito seran reembolsadas con un cheque a nombre de la persona financieramente responsable. Y sera enviado por correo a la direccion en record. Usted puede elegir mantener el credito en su cuenta para visitas futuras.

**Citas:** 24 HORAS DE ANTICIPACION SON NECESARIAS PARA CAMBIAR O CANCELAR CUALQUIER CITA.

**Terminacion de Servicios:** Nuestra oficina tiene el derecho de cancelar citas futuras y terminar cualquier relacion profesional. Por las siguientes razones:

- 1) Por citas hechas no mantenidas.
- 2) Cuando el paciente llega tarde a su cita y causa inconveniencia a otros pacientes.
- 3) Balances pendientes con la oficina.

**American Credit Bureau:** Nuestro departamento de contabilidad reporta las cuentas pendientes o delinquentes con mas de 90 dias de demora a las agencias de credito nacionales– Equifax, Experian, and Trans Union.

**Acuerdo de Responsabilidad Financiera:** Por medio de la presente entiendo y acepto lo siguiente:

- 1) Soy responsable por los pagos y todos los cargos por los servicios prestados, sin importar la cobertura de mi seguro.
- 2) Balances no pagos por mas de 90 dias seran reportados a American Credit Bureau. La deuda con esta oficina aparecera permanentemente en mi reporte de credito con las agencias de credito nacionales– Equifax, Experian, and Trans Union.

**Permiso y Autorizacion:** Por medio de la presente certifico y autorizo tratamiento dental para mi hijo/hija y entiendo lo siguiente:

- 1) He estipulado todos los problemas medicos de los que tengo conocimiento.
- 2) Tambien entiendo que es mi responsabilidad informar al Dr. Skordalakis o a cualquier miembro de su equipo de algun cambio en la informacion personal de mi hijo/hija.

**Persona Responsable:** Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **AVISO CONJUNTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo admito que he recibido el aviso de practica de privacidad de la oficina del Dr. Skordalakis DDS, PC. Este aviso describe cómo la información de la salud sobre mi hijo/hija puede ser utilizada y ser divulgada y cómo puedo conseguir esta información. Repáselo por favor cuidadosamente. La privacidad de su información de la salud es importante para nosotros. Tambien describe mis derechos y responsabilidades con la oficina con respecto a como proteger la privacidad de mi hijo/hija. El aviso esta a mi alcance en la oficina.

## **AUTORIDAD DE DIVULGACION ADICIONAL**

Ademas de las practicas de privacidad descritas en la recepcion, por la presente autorizo especificamente la divulgacion de mi informacion protegida de salud a las personas que se indican a continuacion.

Cualquier miembro de la familia	SI	NO
Esposo (a)	SI	NO
Otro (porfavor espicificar):	SI	NO

**Nombre del Paciente:**

**Firma de la Persona Responsable/Guardian:**

**Nombre:**

**Relacion con el Paciente:**

**Emmanuel G. Skordalakis, DDS, PC**

**PEDIATRIC DENTIST**

**46950 Jennings Farm Dr. Suite: 160 Sterling, VA 20164**

**Phone: 703-421-3000 Fax: 703-230-2959**

**[www.skordalakisdds.com](http://www.skordalakisdds.com)**