

# **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 leído 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

<u>Nombre</u>	<u>Telefono</u>	<u>Relacion</u>

### 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?

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

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 leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He estipulado todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento. Yo certifico y doy mi consentimiento para que se le examine y tomen radiografías 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 cortesía, nosotros enviamos los cobros a su compañía de su seguro dental, usando la información que usted nos a proveído. Es por eso que usted debe proveernos la información más actual. Las compañías de seguro tienen limitaciones y restricciones sobre la cobertura de servicios, por ejemplo: tratamiento de fluoruro, sellantes, rellenos blancos/resina. Sin excepciones los pagos son requeridos al momento de completarse el servicio tal como la porción del paciente y deducible. Por favor tome en cuenta que nosotros solo le proveemos un estimado sobre la porción del paciente, no es el monto exacto a deber necesariamente. El monto exacto se sabra cuando su compañía 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 usted 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 más de 90 días 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 más de 90 días 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 médicos de los que tengo conocimiento.
- 2) También entiendo que es mi responsabilidad informar al Dr. Skordalakis o a cualquier miembro de su equipo de algun cambio en la información 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. También 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 espificar):	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**