



3394 S. Houston Levee Rd.  
Germantown, TN 38139

5226 Airline Rd., Ste 125  
Arlington, TN 38002  
901.861.9668

1684 Poplar Ave.  
Memphis, TN 38104

## **PÓLIZA DE CANCELACIÓN**

**Nombre(s) del paciente:** \_\_\_\_\_

Apreciamos que usted y su familia vengan a nuestra oficina. Nos esforzamos mucho por brindarle a su hijo el mejor tratamiento dental disponible.

Para garantizar que cada niño reciba el tratamiento adecuado, es importante que nuestra oficina tenga los números de teléfono y las direcciones actuales en todo momento. Es necesario que confirmemos todas las citas con un paciente que traiga a su padre. Nuestra oficina llama de 1 a 2 días antes para confirmar. En caso de que no podamos contactarlo debido a números de teléfono no válidos, nos reservamos el derecho de cancelar su cita.

Los correos electrónicos se envían como recordatorios únicamente y es posible que no reflejen la hora correcta de su cita. Todas las citas deben confirmarse llamando a la oficina para recibir su hora exacta.

Por favor, avise a nuestra oficina con 24 horas de anticipación de la cancelación de todas las limpiezas y citas de tratamiento dental.

Requerimos un aviso de cancelación de 3 días para todas las citas de sedación y todos los casos de hospital deben ser confirmados con 7 días de anticipación. Puede dejar un mensaje en (901) 861-9668 24 horas. un día.

Si pierde una cita sin notificar a nuestra oficina, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cita perdida de \$50.00 o despedir a la familia. Todas las tarifas deben pagarse para reprogramar otra cita.

Por favor limite a los familiares que acompañan a su hijo a usted y a otra persona, si es posible. Gracias por su cooperación.

---

**Firma del padre / Tutor**

**Fecha**



3394 S. Houston Levee Rd.  
Germantown, TN 38139

5226 Airline Rd., Ste 125  
Arlington, TN 38002  
901.861.9668

1684 Poplar Ave.  
Memphis, TN 38104

## **ACUERDO FINANCIERO**

Yo entiendo que soy responsable por cualquier co-pago, deducible o porcentaje que mi aseguranza medica no cubra en el momento de mi cita.

La persona que traiga al paciente es responsable por el pago de la cita. Nosotros no aceptamos terceras personas financieramente responsables.

Yo también entiendo que si tengo un plan de seguro dental El Centro Dental de Niños de Collierville va a submitir como cortesía mi reclamo de pago a la compañía de seguro dental.

**Yo entiendo que la mayoría de seguros dentales NO CUBREN EL 100%.  
Los planes varían de compañía en compañía.**

Le daremos un estimado de su plan de tratamiento antes de la cita. No sabemos todas las limitaciones y degradaciones que cada plan puede tener. Nosotros sólo estamos estimando los beneficios del seguro; usted es responsable del pago de cualquier cantidad que el seguro no cubra, por cualquier razón.

***Para su conveniencia, nosotros aceptamos pagos con:  
Dinero en efectivo, Cheques, Visa, MasterCard, Discote y Care Credit.***

En caso de que sea necesario para los El Centro Dental de Niños de Collierville en buscar ayuda de la compañía de colección en mi factura pendiente, voy a ser responsable de cualquier gasto de recaudación, costos de corte y / o honorarios de abogados en que pueda incurrir como resultado. La colección de 33.3% será agregado a mi cuenta antes de que se envíe a las colecciones.

Nombre del paciente(s): \_\_\_\_\_

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



3394 S. Houston Levee Rd.  
Germantown, TN 38139

5226 Airline Rd., Ste 125  
Arlington, TN 38002  
901.861.9668

1684 Poplar Ave.  
Memphis, TN 38104

## CARTA DE PERMISO

**Nombre del paciente(s):** \_\_\_\_\_

Si alguien que no sea el padre o tutor legal puede traer a su (s) hijo (s), por favor enumere su (s) nombre (s) a continuación. Deben tener 18 años y tener una foto ID. No podemos ver a su hijo en ausencia de un padre/tutor a menos que se complete lo siguiente. Esta carta autoriza al Children's Dental Center a completar un examen, limpieza, fluoruro, radiografías y tratamiento dental con la parte nombrada. Cualquier tarifa a ser pagada debe presentarse en la cita con la persona que traiga a su hijo. Esperamos que permanezcan en nuestra oficina con su hijo. No deje a su hijo o programe otras diligencias durante sus citas.

**Nombre y teléfono  
de la persona autorizada**

**Relación con su hijo (a)**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Firma del Padre / Guardián**

**Fecha**

# BIENVENIDO



## Información De Su Niño

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBREEdad \_\_\_\_\_ niño Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ niña Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Como supo de nosotros?  
\_\_\_\_\_

## Información De Seguro Dental

Si es Tennacare circula el plan: Tenn Care Select  
Blue Care • Amerigroup • United Healthcare • Cover Kids  
Seguro Social del niño: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Primario

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

de Grupo #: \_\_\_\_\_ de ID \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

SSN #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleador de Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Secundario

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

de Grupo #: \_\_\_\_\_ de ID \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

SSN #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleador de Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

## Información De la Familia Del Niño

¿Quién está acompañando a este niño hoy?

 Mama  Papá  Otro \_\_\_\_\_¿Usted tiene custodia legal de este niño? Sí  No Nombre De la Mama: \_\_\_\_\_  
Circule si: MADRASTRA GUARDIANDirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DE TELÉFONO DE LA CASA DE TELÉFONO DEL TRABAJO(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DE TELÉFONO CELLULAR DE OTRO TELÉFONO

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Nombre Del Papá: \_\_\_\_\_  
Circule si: PADRASTRO GUARDIANDirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DE TELÉFONO DE LA CASA DE TELÉFONO DEL TRABAJO(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DE TELÉFONO CELLULAR DE OTRO TELÉFONO

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

*Le gustaría tener acceso a su cuenta las 24 horas. Horario de citas,  
recordatorios electrónico de su día de cita.*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona financieramente responsable: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DE TELÉFONO CASA DE OTRO TELÉFONO

## Consentimiento Para Tratamiento/Pago

La información que he dado está correcta a lo más mejor posible de mi conocimiento. Entiendo que eso puede el abastecimiento de la información incorrecta sea peligrosa a la salud de niño. Entiendo que será sostenido en la más terminante de confianza, y de ella es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualesquieres cambios en el estado médico de mi niño. Autorizo a personal dental para realizar los servicios dentales necesarios a mi hijo.

Firma del padre/guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Certifico que el paciente se cubre cerca **seguro** \_\_\_\_\_ con y asigne directamente al Dr. Rowland o dentistas asociados del personal. I entienda que si tengo cobertura de seguro dental que será mi demanda sometido a mi portador como cortesía por el centro dental de los niños. I también entienda que soy responsable de cualesquiera co-pago, los deductibles o porcentajes que mi póliza de seguro no cubre. Entiendo más lejos eso si él llega a ser necesario para el centro dental de los niños buscar ayuda en la colección de mi cuenta excepcional, de que me sostendrán responsable de cualquier honorario de agencia de colección, coste de la corte y/o honorarios del abogado eso se puede incurrir en consecuentemente. I herby autoriza a doctor a lanza toda la información necesaria para asegurar el pago de ventajas. Autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

Firma del padre/guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Informacion Reciente Dental Del Niño

Nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_  
 Tiene su niño/niña una carie ahorita? **Si No**  
 Algun familiar tiene muchas caries? **Si No**  
 Ha tenido en el pasado caries su niño/niña? **Si No**  
 Hay alguna preocupacion reciente acerca de la dentadura que quiere discutir con el doctor? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE CUIDADO ORAL (cicula Si or No)

Ha tenido su niño/niña empastes dentales antes? **Si No**  
 Fue el tratamiento (cicula uno): **Si No** facil **Si No** dificil  
 Fue usada alguna clase de sedacion? **Si No**  
 Si usaron por favor circule que fue usado:  
 Oxido Nitroso **Si No** Demerol **Si No** Valium  
 Anestesia General **Si No** Otro: \_\_\_\_\_  
 Ha tenido su niño/niña alguna cirugia oral? **Si No**  
 Si si por favor diganos cual fue la lesion \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ha tenido su niño/niña algo de lo siguiente? (cicula)  
 Absceso (harvir de las encias) **Si No** Afta **Si No** Dolor de diente  
 Mal olor de la boca **Si No** Ampollas de fiebre (Herpes labial)

### HABITOS (cicula todo lo que le aplica)

Chupar (cicula todo lo que le aplica):  
 el dedo gordo otro dedo chupon otros objetos \_\_\_\_\_  
 Rechina los dientes en la noche  
 Respira por la boca casi siempre  
 Tiene irritacion cronica alrededor de la boca  
 Ha visto a un orthodontista?  
 Diganos cuando fue: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Orthodontista: \_\_\_\_\_  
 Hubieron algunas sugerencias? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DIETA Y NUTRICION

Que bebida(s) toma mas u niño/niña? (cicula todas las que aplican):  
 Leche Jugo Soda Agua Ponche Kool-aid  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Que golocinas come mas u niño/niña? (cicula todas las que aplican):  
 Dulces Papitas Galletas Rollos de Fruta Vegetales Crudos Queso  
 Otro: \_\_\_\_\_

### CUIDADO ORAL

Que frecuente se cepilla los dientes su niño/niña? \_\_\_\_\_  
 Que frecuente usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

### PARA USO DE PERSONAL SOLAMENTE

Caries? \_\_\_\_\_  
 Existing restorations? \_\_\_\_\_  
 Frankel? \_\_\_\_\_  
 Crossbite? \_\_\_\_\_  
 Grooves? \_\_\_\_\_  
 Hygiene? \_\_\_\_\_  
 Other Issues? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Información Médica Reciente Del Niño

Doctor Del niño \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Ultimo Examen Medico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ esta el niño bajo cuidado medico? **Si No**  
 Ha estado hospitalizado? **Si No** Porque/Donde/Cuando \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Esta recibiendo alguna medicaciones o medicinas? **Si No** Nombres: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alergico a:  Aspirina  Penicilina  Codina  Acrilico  Pescado  
 Metal  Tintes de Alimento  Anestecia Local  Latex  
 Antibioticos  Medicinas para Dolor  Other \_\_\_\_\_

### Ha tenido el nino/nina algun historial o dificultad con alguno de lo siguiente?

(Cicula y ponga la fecha a todo lo que aplica)

AIDS/SIDA	Corazón Congénito	Desmayos	Fiebre Reumática
ADHD	Convulsiones	Problemas de Oído	Celula de Oz Activa
ADD	Retraso de Desarrollo	Problemas de Corazón	Célula Falciforme
Autismo	Diabetes	Presión Arterial Alta	Problemas de Sinusitis
Anemia	Síndrome de Down	Problemas del Riñón	Problemas de Habla
Astma	Abuso de Alcohol o	Leucemia	Tiroides
Problemas de Vejiga	Drogas	Problemas del Hígado	Tuberculosis
Cáncer	Epilepsia/Convulsiones	Sarampión	Desorden de la Sangre
Parálisis Cerebral	Dolor de Cabeza	Mononucleosis	
Viruela	Frecuentes	Paperas	

### Ha tenido alguna enfermedad que no esta arriba (incluyendo embarazo)?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### En caso de una emergencia, a quien podemos contractar (APARTE DEL PADRE)?

Nombre \_\_\_\_\_  
 Relacion \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_

## Reconocimiento Del Recibo Del Aviso De Las Prácticas De La Aislamiento

\* Usted puede rechazar firmar este reconocimiento \*

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del nino), recibido una copia del aviso de esta oficina de las practicas de la aislamiento.

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

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

### Para El Uso De la Oficina Solamente

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign  
 Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement  
 An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement  
 Other (Please Specify): \_\_\_\_\_