



**Weatherford  
Pediatric  
Dental  
Associates**

**Brian Westfall, DDS**

1508 Ft Worth Hwy, Ste 300

Weatherford, TX 76086

817-594-6364

## BIENVENIDO A NUESTRA PRACTICA!

### Acerca de su niño:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nino o Nina

Quien viene con el paciente hoy? \_\_\_\_\_

Quein sera responsable economicamente de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Cuales son sus metas para su hijo(a) hoy? \_\_\_\_\_

### ¿Cómo se enteró acerca de nuestra oficina?

Amigo (Nombre) \_\_\_\_\_

Paso por la Oficina

Presentacion Escolar de la Hada de Dientes

Feria o Evento

Google o Otra Pagina en la Internet

Otro \_\_\_\_\_

Otro Dentista (Nombre) \_\_\_\_\_

Pediatra (Nombre) \_\_\_\_\_

Seguro

Nuestra Pagina de Internet

Hermano(a) es paciente (Nombre) \_\_\_\_\_

### Historial médico

#### Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes condiciones?

**Y N**

Anemia Drepanocítica o Rasgo

Desorden de la sangría o Hemofilia

Afección cardíaca (actual o reparado)

Soplo cardíaco

Tetralogía de Fallot

Fiebre reumática o la escarlatina

Moretones o sangra fácilmente

Asma o trastornos pulmonares

Neumonía (cuando? \_\_\_\_\_)

Diabetes (NIDDM or IDDM \_\_\_\_\_ x dia)

Epilepsia o convulsiones

Problemas emocionales o de comportamiento

Diagnosticado con ADD, ADHD o hiperactividad

Problemas psiquiátricos

Síndrome de Down

Trastorno del Espectro Autista

Alergia o sensibilidad al látex

Problemas del habla

**Y N**

Problema en los ojos (derecha o izquierda)

Discapacidad Auditiva (derecha o izquierda)

Trastorno inmunológico, el VIH, el SIDA o ARC

Enfermedad del riñón o trasplante

Enfermedad hepática o trasplante

Derivaciones implantados, pernos, tornillos

Cáncer, leucemia, linfoma

Abuso físico o emocional

Labio / Paladar

Problemas de aprendizaje

Defectos congénitos de nacimiento / síndrome

Tuberculosis o positivo de la prueba anterior

Retraso en el desarrollo

parálisis cerebral

Su hijo requiere antibióticos pre-medicación para el trabajo dental?

Existe una posibilidad de que su hija está embarazada?



**Weatherford  
Pediatric  
Dental  
Associates**

**Brian Westfall, DDS**

1508 Ft Worth Hwy, Ste 300

Weatherford, TX 76086

817-594-6364

**Historia Médica Continua...**

Por favor anote cualquier condición médica actual o pasado que pueden afectar el tratamiento de su hijo:

---

---

---

El paciente está tomando algún medicamento (s)? O Si O No

Si es así, por que? \_\_\_\_\_

El paciente está actualmente bajo el cuidado de un médico? O Si O No

Si es así, por que? \_\_\_\_\_

Es el niño alérgico o ha tenido una reacción adversa a un medicamento específico, antibióticos y alimentos?

O Si O No

Si es así, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Que pasó? \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre y número de teléfono de los médicos que tratan al paciente:

---

**Historia Dental**

Su hijo ha padecido alguno de los siguientes problemas dentales?

Y N

Y N

0 0 Mal aliento / Halitosis

0 0 Dolor de mandíbulas

0 0 Sangrado de las encías

0 0 Infección dental o absceso

0 0 Dientes manchados o descoloridos

0 0 Dolor en los dientes

0 0 Herpes labial o herpes febril

0 0 La falta de dientes o Extra

0 0 Sequedad de boca

0 0 Lesión o traumatismo en los dientes, boca/cara

Su hijo ha expresado la ansiedad dental o miedo? O Si O No \_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido alguna mala experiencia en otra oficina dental? \_\_\_\_\_

Cómo describiría la salud oral actual de su hijo? O Excelente O Bien O Fera O Pobre

Cuales son sus principales preocupaciones sobre la salud oral de su hijo?

---

---

**ESTOY DE ACUERDO QUE TODA LA INFORMACIÓN SOBRE HISTORIA MÉDICA ES EXACTA Y CORRECTA**

\* \_\_\_\_\_

**Firma del Padre / Guardián**

\* \_\_\_\_\_

**Fecha**



**Weatherford  
Pediatric  
Dental  
Associates**

**Brian Westfall, DDS**

1508 Ft Worth Hwy, Ste 300

Weatherford, TX 76086

817-594-6364

**Persona(s) Responsable de Cuenta**

Información de la Madre:	Madre	Madrastra	Madre Fomentar	Guardián Legal	Abuela
Nombre:	Fecha de Nacimiento:		Ocupacion:		
Direccion:	SS#		Empleador:		
Ciudad, Estado, Codigo Postal:	Estado Civil:		Email:		
Telefono de Casa:	Telefono Celular:		Telefono de Trabajo:		

\*\*\* POR FAVOR MARQUE QUE NUMERO ES MEJOR PARA CONFIRMAR LA CITA : CASA CELLULAR TRABAJO\*\*\*

Informacion del Padre:	Padre	Padrastro	Padre Fomentar	Guardian Legal	Abuelo
Nombre:	Fecha de Nacimiento:		Ocupacion:		
Direccion:	SS#		Empleador:		
Ciudad, Estado, Codigo Postal:	Estado Civil:		Email:		
Telefono de Casa:	Telefono Celular:		Telefono de Trabajo:		

\*\*\* POR FAVOR MARQUE QUE NUMERO ES MEJOR PARA CONFIRMAR LA CITA: CASA CELLULAR TRABAJO\*\*\*

**Médico / Dental Declaración de estreno**

Doy mi consentimiento para el Dr. Brian Westfall de Weatherford Pediatric Dental Associates para hacer un examen completo y exhaustivo sobre el paciente previamente nombrado, incluidas las radiografías de diagnóstico necesarios. Al mejor de mi conocimiento, la información que he dado es correcta y entiendo que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad. Además, entiendo que es mi responsabilidad informar a Weatherford Pediatric Dental Associates de cualquier cambio futuro a la condición médica de mi hijo. Como padre o tutor legal del paciente previamente nombrado, yo concedo Dr. Westfall y su permiso al personal para llevar a cabo cualquier tratamiento necesario (s). También entiendo que todo el tratamiento necesario se explicará con anterioridad al inicio y que soy responsable por el pago en su totalidad en el momento del servicio, a menos que los acuerdos anteriores han sido aprobados.

Requisitos para reclamaciones de seguros; Para precipitar la presentación de mis reclamos de seguro dental, yo autorizo la divulgación de información confidencial a mi agencia de seguros dentales y entiendo que soy personalmente responsable de cualquier saldo que queda después de que se haya recibido el pago del seguro. También soy plenamente responsable si mi póliza de seguro no paga por cualquier razón, dentro de los 30 días de tratamiento. Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a Weatherford Pediatric Dental Associates. Por otra parte, en caso de incumplimiento de pago por los servicios prestados con anterioridad, también me comprometo a pagar toda la colección razonable y / o gastos legales incurridos en un intento de cobrar esta cantidad.

\* \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre / Guardián**

\* \_\_\_\_\_  
**Fecha**



**Weatherford  
Pediatric  
Dental  
Associates**

**Brian Westfall, DDS**

1508 Ft Worth Hwy, Ste 300

Weatherford, TX 76086

817-594-6364

## **ACUERDO FINANCIERO**

Apreciamos que eligió nuestra oficina para la atención dental de su hijo. En Weatherford Pediatric Dental Associates valoramos nuestra relación con su familia y nos gustaría ofrecer lo siguiente como nuestra política de pago.

- Si el seguro se asignan al doctor, usted será responsable de pagar su deducible y copagos en el momento del servicio. Usted es responsable de pagar todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros, incluyendo todos los gastos considerados anteriormente programa de tarifas usuales y habituales de su compañía de seguros. Sus beneficios de seguros son un contrato entre usted y su empleador. La cantidad de cobertura que usted reciba dependerá de la calidad del plan adquirido por su empleador, no los honorarios de Weatherford Pediatric Dental Associates.
- En el caso de los seguros, estaremos encantados de ayudarle a obtener los máximos beneficios disponibles bajo la póliza. Como cortesía, presentaremos sus beneficios de seguro para usted después de cada visita. Sin embargo, por favor darse cuenta de que la relación es entre usted, el asegurado y la compañía de seguros. Si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 60 días siguientes a la presentación de reclamación, que se espera que pagar por todos los servicios dentales en su totalidad. En el caso de la duplicación de pagos, su cuenta será reembolsada.
- Una vez que el plan de tratamiento y seguro estimados son revisados con usted, le pedimos que pague su porción en su totalidad en el momento del servicio.
- Tenga en cuenta que se espera que los padres o tutores con lo que el niño a la oficina el día del servicio a pagar por los servicios prestados.

### **HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS POLÍTICAS DE PAGO PARA LA OFICINA:**

\* \_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre / Tutor (impreso)**

\* \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre / Guardián**

\* \_\_\_\_\_  
**Fecha**



**Weatherford  
Pediatric  
Dental  
Associates**

**Brian Westfall, DDS**

1508 Ft Worth Hwy, Ste 300

Weatherford, TX 76086

817-594-6364

Estimados padres de familia,

Queremos que usted y su hijo reciba el mejor tratamiento posible en nuestra oficina. Creemos que este es un proceso conjunto en el que los padres juegan un papel fundamental.

El área de tratamiento dental sirve para múltiples funciones. Nos gustaría aclarar lo que las áreas de tratamiento se utilizan y cómo se puede maximizar los resultados de su hijo.

Los consultorios dentales realizan ambos procedimientos no invasivos e invasivos, al mismo tiempo en el área de tratamiento. Chequeos regulares de su hijo se consideran no-invasivo, mientras que la cirugía dental y operativa se consideran invasoras.

Como padres sabemos cuánto tiempo has pasado en la oficina de los médicos de su hijo y que, como los dentistas, comparte algunas similitudes con ellos, sobre todo al ver varios pacientes durante todo el día para los procedimientos no invasivos. La diferencia más notable es que el médico llevará a cabo sus cirugías invasivas en un ambulatorio o en un hospital, donde sólo el personal y los médicos están presentes. Un dentista realiza sus procedimientos quirúrgicos y operativos en la misma zona y al mismo tiempo nuestros pacientes no invasivos son vistos. El dentista requiere el mismo nivel de concentración dado el médico en su entorno controlado. Mínimo movimiento y las distracciones en y alrededor del área operativa son cruciales para el cuidado óptimo de los niños.

Usted puede elegir si desea o no acompañar a su hijo a su / su nombramiento llenado. Aunque nos sentimos algunos niños les va mejor sin sus padres presentes, estamos abiertos a que se presente con su hijo. Si decide estar presente, le sugerimos las siguientes pautas para mejorar las posibilidades de un resultado positivo:

Usted puede ayudar siguiendo algunas guías:

1. Permítanos preparar a su hijo
2. Le invitamos a que venga a la zona de tratamiento para la primera nueva visita del paciente de su hijo. En las siguientes visitas y para todas las visitas de restauración, le pedimos que usted permite que un miembro de nuestro personal para quedarse con su hijo durante toda su visita. A menos que hagamos los arreglos previos con usted, le pedimos que espere a su hijo en nuestra área de recepción hasta que hayan terminado con su tratamiento.
3. Sea solidario de la terminología de la práctica.
4. Por favor, sea un observador silencioso. Eso significa que no se habla durante los procedimientos dentales. Apoye a su hijo con toques:
  - a. Esto nos permite mantener la comunicación con su hijo
  - b. Los niños normalmente se escucha a sus padres en lugar de nosotros, y no pueden escuchar nuestra guía
  - c. Usted puede dar información incorrecta o engañosa
5. Si se le pide salir, estar dispuestos a caminar inmediatamente de distancia
  - a. Muchos niños van a tratar de controlar la situación
  - b. "Actuar" es normal, pero inaceptable en rellenos
  - c. Con ello se pretende "cortocircuito" el intento de control
  - d. Vamos a seguir apoyando a su hijo en todo momento

Otros hermanos mayores de las dos de la sala de tratamiento presentan el potencial de futuro de ansiedad dental a sí mismos debido a la posible mala interpretación desde la perspectiva de un niño.

Siguiendo estas pocas guías simples le ayudará a asegurar los mejores resultados posibles.

He leído la información anterior y han explicado la política de la oficina en la presencia de los padres en el área de tratamiento.

Padre / Tutor

Fecha

Testigo

Fecha



**Weatherford  
Pediatric  
Dental  
Associates**

**Brian Westfall, DDS**

1508 Ft Worth Hwy, Ste 300

Weatherford, TX 76086

817-594-6364

**Acuerdo de Consentimiento HIPAA (Ley de Privacidad)**

Usted puede negarse a firmar este acuerdo

Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información de salud de mi mismo y mis dependientes o con el propósito de tratamiento, pago, o la comunicación entre otros profesionales de la salud. Entiendo y he recibido una copia de la Notificación de la oficina de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información de salud. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar una copia del aviso de esta oficina de Prácticas de Privacidad antes de firmar esta forma condensada.

\_\_\_\_\_  
Por Favor Imprima su Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**Para uso exclusivo de la oficina**

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a:

\_\_\_ Individual se negó a firmar

\_\_\_ Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación

\_\_\_ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

\_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_

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

Firma de Personal : \_\_\_\_\_