



Kool Koala Pediatric & Adolescent Dentistry

501 Whitehorse Pike
Collingswood, NJ 08107
Phone: (856) 854-1509

1692 Clements Bridge Rd.
Deptford, NJ 08096
Phone: (856) 845-6198

Patient

Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Seguro Social:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Numero de telefono: ()	Nombre de la escuela:		
El/La Paciente vive con: Madre Padre otra persona: _____ Hermanos(as) que nosotros tratamos:			

Persona Responsable

Nombre de los padres/ Guardian Legal	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Numero de telefono primario: () House/Cell/Work/Other	Nombre del trabajo:	
Numero Secundario: () House/Cell/Work/Other		
Contacto de Emergencia 1:	Relacion:	Numero de Telefono: ()
Contacto de Emergencia 2:	Relacion:	Numero de Telefono: ()
Quien acompaña el paciente hoy? (Si no son los padres porfavor dejarle saber al personal para darle el papel del consentimiento)		

Seguro Primario

Nombre de compañía de seguro:	Numero de ID del Seguro:	
	Numero de Grupo:	
Dueño de la polisa:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Relacion al Paciente:	Empleo:	

Seguro Secundario

Nombre de compañía de seguro:	Numero de ID del Seguro:	
	Numero de Grupo:	
Dueño de la polisa:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Relacion al Paciente:	Empleo:	

Dental History

Fecha de la ultima visita dental:	Tomaron Radiografias?
Alguna ves se a lastima los dientes, cara o boca?:	
Cual es la razon por la visita de hoy?	
El niño(a) a tenido problemas serios asociado con algun trabajo dental previo?	
Porfavor contesta las siguiente preguntas: Se chupa los labios/Muerde: No Si Toma pecho/Toma biberon: No Si Muerde las uñas: No Si Chupa los Dedos: No Si El/La paciente toma agua con Florudo:No Si El/La paciente esta tomando suplementos con Florudo:No Si El/La paciente se cepilla los dientes diario:No Si El/La paciente usa el hilo dental diario:No Si	

Historial Medico

Alergias del niño(a) (incluya la fecha que fue detectado):	Porfavor incluya condiciones Medicas serias:
Medicamentos del niño(a) (include dose if known):	
Pofavor incluya hositalizaciones o operations pasadas:	
Doctor Primario del paciente:	Numero de telefono: ()

El/La paciente alguna ves an tenido las siguiente condiciones?:

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
| S N Problemas del corazon | S N Problemas de pulmones | S N Embarazo |
| S N Diabetes | S N Problemas Senales | S N Defectos de Nacimiento |
| S N Asma | S N Problemas de oido | S N VIH/Sida |
| S N Ataques | S N Dolor en la mandibula | S N Fiebre Reumatica |
| S N Problemas del Hgado | S N Cancer | S N Alergia al Latex |
| S N Presion Alta | S N Hepatitis | S N Alergia a la Penicilina |
| S N Presion Baja | S N Autismo | S N Alergia a la Amoxicilina |
| S N Acides | S N ADD/ADHD (imperactivo) | |
| S N Sangrado Abnormal | S N Retraso de desarrollo | |
| S N Hemofilia | S N Tuberculosis | |

Yo entiendo que toda la informacion que estoy proveendo es correcta a mi entendimiento, toda esta informacion es confidencial y es mi responsabilidad de informarles de cualquier cambio en el estado medico de mi niño (a). Yo autorizo al personal de proveer el servio dental que mi niño(a) necesite.

Firma Del padre/madre

Fecha

Relacion al Paciente



Kool Koala Pediatric & Adolescent Dentistry

501 Whitehorse Pike
Collingswood, NJ 08107
Phone: (856) 854-1509

1692 Clements Bridge Rd.
Deptford, NJ 08096
Phone: (856) 845-6198

Consentimiento para tratamiento dental

Yo autorizo que el Doctor Ballard y sus empleados puedan examinar, limpiar y (después de firmar el tratamiento planeado) proveer sus servicios dentales incluyendo rellenos, coronas, extracciones, y óxido nítrico, si es requerido. Yo también autorizo que puedan tomar radiografías dentales lo cual es considerado necesario para el Doctor Ballard para diagnosticar y tratar la condición dental de mi niño/niña. Yo permito que las fotos de los dientes tomadas de mi niño/niña sean usadas para dar diagnósticos o propósitos educativos. Yo entiendo que el tratamiento dental para niños incluye esfuerzo para guiar el comportamiento para ayudarlos a entender lo que el niño/niña requiere de acuerdo a su edad. El Doctor Ballard provee un ambiente que ayuda a los niños aprender a cooperar durante su tratamiento, él explica y demuestra los procedimientos y los instrumentos usando un tono de voz variable. Yo entiendo que yo seré responsable por cualquier cargo financiero que requiera el tratamiento dental.

Firma: _____

Fecha: _____

POLIZA FINANCIERA

Porfavor tenga presente que el padre que trae al niño/a a nuestra oficina es responsable por todos los cargos financieros. Nosotros no le podemos mandar declaraciones de pago a otras personas. Si usted a sido referido por un dentista general, nosotros le pedimos que usted pague el costo del examen y cualquier radiografia dental necesaria para la cita. Porfavor entienda que la declaraciones de pago son hechas directamente con usted. Para la conveniencia de nuestros pacientes, estas son las polizas financieras:

1. **El pago de la cita se tiene que cancelar en la vista dental cuando los servicios son proveidos:** En nuestra oficina nosotros aceptamos efectivo, Mastercard, Visa, American Express y Discover. Nosotros tambien aceptamos Care Credit. Si usted manda un cheque por correo para cancelar su pago, una multa de \$50.00 sera cobrada en los cheques sin fondos. Usted tambien sera responsable por todo costo y multas, incluyendo multas de abogados, y si el pago es mandado a coleccion si manda cheques sin fondo.
2. **Seguro Dental:** El tipo de plan que usted y su empleo escojan determina los beneficios de su seguro dental. Nosotros NO tenemos voz ni opinion en la eleccion que usted haga con su compañía de seguro. Tampoco tenemos nada de control en los terminos de su contrato, o en el metodo de reembolso o la determinacion de sus beneficios de seguro dental.
3. **Autorizacion de Pre-tratamiento:** Algunas compañías de seguro recomiendan un estimado del trabajo que sera realizado y los cargos que seran cobrados antes de determinar los beneficios que usted tiene. Si es asi, nosotros le provereemos el estimado del pre-tratamiento. En esta situacion, sera decision suya si quiere proceder con el tratamiento antes de que la compañía de seguro le de los beneficios.
4. **Rellenos:** Nuestro material dental de preferencia es relleno blanco. Porfavor tenga presente que su compañía de seguro pueda que NO pague el relleno blanco al mismo nivel que pagarian el relleno plateado. El co-pago es su responsabilidad. En algunos casos, el dentista puede que recomiende poner una corona plateada en ves de un relleno blanco.
5. **Oxido Nitroso:** El oxido nitroso usualmente no es cubierto por su seguro dental. Le agradecemos por su pago el dia que el servicio es proveido.
6. **Aparatos orthodonticos:** Todo el costo de los aparatos tendra que ser pagado el dia que le tomen las impresiones al niño/a. Esto es necesario porque nuestra oficina tiene que pagarle al laboratorio cuando los aparatos son ordenados, no cuando ya an sido completados.
7. **Tratamiento de emergencia:** Todo tratamiento de emergencia tiene que ser pagado completamente el dia que el servicio es proveido.
8. **Florudo:** La Asociacion Dental Americana recomienda trataminetos de florudo 2 veces al año. Sin embargo, su compañía de seguro puede que solo cubra una ves por año. Porfavor informece en su elecciones de seguro.

Porfavor recuerde, aunque usted no tenga seguro dental, **usted es responsable por el pago de su cuenta.** Dese cuenta que su cobertura dental es una relacion que tiene usted que es el paciente con su compañía de seguro. Su entendimiento y coperacion es apreciada grandemente. Usted esta ayudando que nuestros gastos generales sean menos. Como tambien esta ayudando que sus gastos tambien sean menos. Las cuentas que tengan pagos atrasados seran cobrados una multa de servicio y seran mandados a collecciones a una agencia afuera de nuestra oficina. Usted esta de acuerdo en pagar cualquier cargo asociado con abogados si su cuenta es mandada a collecciones. Yo e leido y entiendo mi obligacion.

Firma: _____ Fecha: _____

Yo autorizo que mi seguro dental le pague directamente a mi dentista. Nuestra oficina esta afiliada con Delta Premier y Delta Dental PPO; Pero nuestra oficina tratara de asistirle con la mayoria de compañías de seguro PPO. Todo esta a discrecion de Kool Koala Pediatric & Adolescent Dentistry sobre que polisas cobraremos. Yo autorizo que mi compañía de seguro le pague directamente a mi dentista por el tratamiento proveido. Si yo soy cubierto por cualquier otro plan, yo pagare los servicios completos cuando los servicios sean proveidos. Yo entiendo que todas las polizas son diferentes y yo soy responsable de saber que tipo de plan tengo. Yo entiendo que sere responsable por todos los co-pagos, deducibles, y pagos rechazados por mi seguro dental.

Firma: _____ Fecha: _____



Kool Koala Pediatric & Adolescent Dentistry

501 Whitehorse Pike
Collingswood, NJ 08107
Phone: (856) 854-1509

1692 Clements Bridge Rd.
Deptford, NJ 08096
Phone: (856) 845-6198

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD - HIPPA

Divulgativa de Información de Salud

Nosotros usamos y divulgamos información de salud de su niño/a para tratamiento, pago, y operaciones de salud. Nosotros podemos divulgar la información de su niño/a a un proveedor de salud que lo/la este tratando. Usted puede darnos autorización escrita para divulgar información médica a cualquier persona para cualquier propósito. Usted también puede negarse a que la información de su niño/a sea divulgada. Necesitamos permiso escrito antes de que podamos dar información al menos que usted sea el padre/madre del niño. En caso de emergencia nosotros daremos información basada en nuestro juicio profesional. Nosotros podemos usar la información de su niño/a para obtener pago para servicios. Nosotros no usaremos información de su niño/a para propósitos de mercadeo. Si nosotros sospechamos una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica nosotros podemos divulgar la información que la ley requiere. Nosotros podemos divulgar la información de su niño/a para proveerle a usted los recordatorios de citas o recomendaciones de tratamiento (como correos de voz, tarjetas postales, correos electrónicos, o cartas).

Derechos del Paciente

Acceso: Usted tiene el derecho de ver o recibir copias de su información médica. Si usted solicita copias nosotros le cobraremos por cada página, por el tiempo que nuestro personal usa para localizar y copiar la información, y por las estampias que usemos si usted quiere que el papeleo sea enviado por correo.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros pongamos restricciones adicionales en divulgar su información.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmiendemos su información médica. Nosotros podemos negarnos en algunas circunstancias.

Preguntas o Reclamos

Si usted está preocupado que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que hicimos sobre el acceso a su información médica o en alguna respuesta o solicitud para enmendar o restringir la divulgación de su información médica usted puede presentar un reclamo escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si usted tiene alguna otra pregunta sobre el aviso de prácticas de privacidad por favor contactar al Doctor Frederick Ballard.

Firma: _____ Fecha: _____



Kool Koala Pediatric & Adolescent Dentistry

501 Whitehorse Pike
Collingswood, NJ 08107
Phone: (856) 854-1509

1692 Clements Bridge Rd.
Deptford, NJ 08096
Phone: (856) 845-6198

Tenemos más pacientes que necesitan cuidado dental de los que tenemos espacio en nuestro horario. Cuando un paciente no se presenta a su visita o no la cancela a tiempo, no tenemos la oportunidad de llenar ese espacio de cita con otro paciente que desesperadamente necesita la cita. Esta poliza es nuestro intento en asegurar que tanto usted como el otro paciente reciba el mejor cuidado dental que sea necesario para el paciente.

- Cualquier cita que sea cancelada o perdida o reprogramada con menos de 24 horas de aviso recibirá una tarifa de \$25
- El Seguro de usted no cubrirá la tarifa y se exigirá el pago en la próxima visita
- Es su responsabilidad confirmar su cita y para actualizarnos con un nuevo contacto.
- La oficina se reserva el derecho para eliminar a el paciente que no a confirmado o respondido a nuestra llamada despues de tres intentos.

Pacientes que han roto 3 o mas citas , Tendran que llamar el mismo dia y ver si hay un espacio para una cita.

Yo (Padre/ Guardián) _____, entiendo y acepto la poliza.

Firma de Padre/ Guardián: _____

Nombre de Paciente _____ Fecha: _____