



# Bienvenidos a QN Smiles



## 1. Información del (de la) paciente

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_ M  F  Fecha de Nac: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Primer Seg Apellido  
 Dirección del paciente \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cod. postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Hermano(a) que veamos aquí \_\_\_\_\_

## 2. Guardian legal #1 e información de la parte responsable

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Primer Seg Apellido  
 Dirección del hogar \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_  
 Relación con el (la) paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ ¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_

## 3. Guardian legal #2

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Primer Seg Apellido  
 Dirección del hogar \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_  
 Relación con el (la) paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ ¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_

## 4. Consentimiento de comunicación

Consentimiento para enviar mensajes de texto al teléfono celular Si  No   
 Consentimiento para dejarle grabados correos de voz Si  No   
 Consentimiento para dejarle un mensaje con un familiar / representante Si  No   
 Consentimiento para enviarle correos electrónicos Si  No

## 5. Información del Seguro Dental

Sin seguro (*sino tiene seguro vaya a la siguiente sección*)

SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
Nombre del seguro:		Nombre del seguro:	
Nombre del subscriber:		Nombre del subscriber:	
Fecha de nac del subscriber:		Fecha de nac del subscriber:	
Id del miembro o SSN #:		Id del miembro o SSN #:	
Número del grupo:		Número del grupo:	
Empleador:		Empleador:	
<b>Asignación y liberación</b> Esta firma en el archivo es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar todas las presentaciones de seguros. Por la presente autorizo los pagos a QN Smiles de los beneficios que de otro modo se me pagarían.		<b>Asignación y liberación</b> Esta firma en el archivo es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar todas las presentaciones de seguros. Por la presente autorizo los pagos a QN Smiles de los beneficios que de otro modo se me pagarían.	
<b>×</b> _____	<b>×</b> _____	<b>×</b> _____	<b>×</b> _____
Firma del titular de la póliza o persona autorizada	Fecha	Firma del titular de la póliza o persona autorizada	Fecha

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

## 6. Información Dental

¿Es la primera visita a un dentista? Yes  No

Si no, ¿Cuándo fué el último chequeo dental? \_\_\_\_\_ Nombre del Dentista anterior: \_\_\_\_\_

¿Alguna lesión previa en la cara, cabeza o boca? Yes  No

Si responde si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón para su visita de hoy? \_\_\_\_\_

Por favor indique si el (la) paciente ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chupar dedo               | <input type="checkbox"/> morderse las uñas            |
| <input type="checkbox"/> Morder hielo              | <input type="checkbox"/> chupar o morderse los labios |
| <input type="checkbox"/> Empuje de lengua          | <input type="checkbox"/> Respiración por la boca      |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos frecuentes      | <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes         |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de amígdalas  | <input type="checkbox"/> Extirpación de adenoides     |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento               | <input type="checkbox"/> Dientes descolorados         |
| <input type="checkbox"/> Dolor de diente(s)        | <input type="checkbox"/> Encías sangrantes            |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los dulces | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío / calor |

¿Ha tenido alguna vez dolor en la articulación de la mandíbula (TMJ/TMD)? Si  No

¿Ha sido referido(a) alguna vez para ortodoncia (frenos)? Si  No

¿El (la) paciente toma agua fluorada? Si  No

¿El (la) paciente toma suplementos de flúor? Si  No

¿El (la) paciente se lava los dientes después de cada comida diariamente? Si  No

¿El (la) paciente usa el hilo dental a diario? Si  No

¿El (la) paciente tiene tratamiento dental pendiente que Ud. conozca? Si  No

Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Usa pasta dental con flúor? Si  No

¿El (la) paciente tiene alguna dificultad en el habla? Si  No

¿Alguna vez le han tomado radiografías dentales al paciente? Si  No

¿El (la) paciente ha tenido problemas con la erupción o mudanza de dientes? Si  No

¿El (la) paciente ha tenido problemas con tratamientos dentales en el pasado? Si  No

Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_

¿El (la) paciente participa en actividades deportivas o recreacionales? Si  No

Nota: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi entera satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que yo pueda haber cometido al completar este formulario.

✕  
\_\_\_\_\_  
Firma del representante o guardián legal

✕  
\_\_\_\_\_  
Fecha

DDS Initials: \_\_\_\_\_

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

## 7. Información médica

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

	Si	No
¿Su hijo(a) tiene buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿su hijo(a) está al día con las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿su hijo(a) está siendo tratado(a) por alguna condición ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde si, por favor explique: _____		
¿su hijo(a) está tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde si, por favor explique: _____		
¿su hijo(a) ha estado hospitalizado(a) o a tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde si, por favor explique: _____		
¿su hijo(a) ha tenido alergia o reacción a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde si, por favor explique: _____		

¿su hijo(a) tiene alérgias a los siguientes?:  polen  Alimentos / colorantes  polvo  latex  
 Penicilina / antibióticos  anestesia local/ novocaina  drogas con ulfa  otros \_\_\_\_\_

¿su hijo(a) ha sido diagnosticado(a) con alguna de las siguientes condiciones? Por favor marque si o no:

<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Infección de oídos crónica	<input type="checkbox"/> Labio / paladar hendido	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Asma / problemas de pulmón	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Condición en la vejiga	<input type="checkbox"/> Sistema endocrino	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Mental / emocional	<input type="checkbox"/> deficiencia nutricional
<input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Problemas en los ojos	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo / anormal	<input type="checkbox"/> Ulceras orales	<input type="checkbox"/> Prob. ortopédicos
<input type="checkbox"/> Problemas huesos/ articulaciones	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral	<input type="checkbox"/> náuseas excesivas	<input type="checkbox"/> Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Prob. De desarrollo y crecimiento	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Lesiones significativas
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Abuso infantil	<input type="checkbox"/> Prob. Escucha / habla	<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Síndrome: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Infección crónica de amígdalas					

Describa cualquier tratamiento médico actual, incluidos medicamentos, cirugía pendiente, lesiones recientes o cualquier otra información que no haya sido cubierta: \_\_\_\_\_

Nota: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi entera satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que yo pueda haber cometido al completar este formulario.

✕ \_\_\_\_\_  
Firma del representante o guardián legal

✕ \_\_\_\_\_  
Fecha

DDS Initials: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Inicial

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

---

### Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de la oficina y entiendo que puedo solicitar una copia por correo electrónico o en papel para mis registros en cualquier momento.

×

\_\_\_\_\_

Firma del representante o guardián legal

×

\_\_\_\_\_

Fecha

---

### Consentimiento para el uso o divulgación de la información de salud protegida del paciente

- Por la presente autorizo a QN Smiles, PLLC. para divulgar información para reclamos dentales, récipes, tratamiento de diagnóstico y servicios administrativos, y para las revisiones requeridas por el HHS o las operaciones que cumplen con la HIPAA a través de métodos razonables que incluyen, pero no están limitados a, teléfono, fax, correo postal, correo electrónico y amigos/parientes/ cuidador. Si proporciono una dirección de correo electrónico, puedo recibir correo electrónico de forma segura y lejos de una computadora pública.
- Por la presente, autorizo a las partes designadas a continuación a solicitar y recibir información de salud protegida sobre el tratamiento dental de mi hijo(a), hallazgos dentales, facturación, pago u operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento dental. Entiendo que la identidad de las partes designadas debe verificarse antes de que ocurra la divulgación de cualquier información. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las normas de privacidad de HIPAA.

Amigo, pariente y/o cuidador que puede traer a su hijo(a) para su cuidado y a quien QN Smiles está autorizado para discutir/divulgar información médica confidencial de mi hijo(a) (indique a continuación):

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dado el diseño de nuestra oficina, de vez en cuando, las conversaciones pueden ser escuchadas por otras personas. Si objeta el hecho de que puede escuchar la información de salud de otro paciente, o que la información de salud de su hijo puede ser escuchada por otro, háganoslo saber y nos aseguraremos de ubicarlo en una habitación completamente privada o reprogramar su cita de acuerdo con a tus necesidades

#### consentimiento

Entiendo que el consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento. Entiendo por qué se me ha pedido que divulgue esta información y sé que los derechos de mi hijo están identificados en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica.

×

\_\_\_\_\_

Firma del representante o guardián legal

×

\_\_\_\_\_

Fecha

# POLÍTICA FINANCIERA

Durante su primera visita, discutiremos la cantidad de visitas necesarias para su tratamiento, la duración de cada visita y los costos proyectados involucrados. Brindamos la mejor atención al costo más razonable para nuestros pacientes; por lo tanto, el pago debe realizarse en el momento en que se presta el servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.

**Tenga en cuenta que usted es totalmente responsable de todas las tarifas cobradas por nuestra oficina, independientemente de su cobertura de seguro.**

**Tarifas:** las tarifas variarán mucho según el tipo de tratamiento necesario. Las tarifas se basan en el diente involucrado, el tipo de tratamiento necesario y la extensión del tratamiento proporcionado. Durante su consulta, discutiremos la cantidad necesaria de visitas, su duración y las tarifas involucradas.

**Pacientes con seguro dental:** Lo ayudaremos en la medida de nuestras posibilidades para obtener los máximos beneficios de su seguro y, como cortesía, nuestra oficina con gusto presentará reclamaciones dentales a su compañía de seguros. Nuestra oficina participa con una variedad de planes de pago por servicio, planes tradicionales, planes de indemnización y planes de programas de descuentos, PPO dentales, MEDICAID y CHIP de Texas. Verifique su tipo de plan cuidadosamente y para obtener más información específica sobre los montos de los beneficios, llame a su compañía de seguros.

**Opciones de pago:** Aceptamos efectivo, cheque, VISA, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit. Se aplicará un cargo de \$ 30 por cheques devueltos. El pago de su porción "estimada" vence en el momento en que se prestan los servicios, como su deducible anual y / o porcentaje del tratamiento no cubierto por el seguro. Como cortesía, con gusto nos comunicaremos con su seguro para brindarle un "estimado" de su porción de paciente. Sin embargo, a pesar de esto, no podemos garantizar el pago de los beneficios del seguro ni podemos proporcionar el 100% de precisión de esta cantidad estimada, ya que están involucrados muchos factores que determinan el pago real de los beneficios una vez presentados y procesados por su seguro. Tenga en cuenta que muchas compañías de seguros basan su porcentaje de cobertura cotizado (es decir, 100%, 80%, 50%, etc.) en su propio programa de tarifas, y no en las tarifas reales de nuestra oficina, lo que puede resultar en un saldo adeudado más alto de lo esperado. pero nunca más alto que la tarifa UCR (habitual, habitual y razonable) de nuestra oficina o nuestra obligación contractual con su compañía de seguros cuando corresponda. Si se produce un saldo pendiente después de que su compañía de seguros procese su reclamo, se le enviará un estado de cuenta. El pago total vence en la fecha de recepción del estado de cuenta.

**Reclamaciones de seguro impagas:** Todos los servicios dentales prestados, estén o no cubiertos por el seguro, son en última instancia responsabilidad financiera del titular de la cuenta. Le daremos a su compañía de seguros 60 días para remitir el pago. Si aún no hay pago después de este tiempo, para mantener su cuenta al día, usted será financieramente responsable por el 100% de la reclamación de seguro pendiente. Se le enviará un estado de cuenta, y el pago completo vencerá en la fecha de vencimiento impresa en el estado de cuenta. Es responsabilidad del titular de la cuenta hacer un seguimiento con su propia compañía de seguros con respecto al impago de una reclamación. Si nuestra oficina finalmente recibe un pago de su seguro después de que usted lo haya pagado, se emitirá un reembolso inmediato.

**Cuentas vencidas:** Todas las cuentas morosas en QN Smiles devengan intereses a la tasa legal. Si el saldo sigue sin pagar después de 90 días, la cuenta se entregará para una nueva acción de cobro. Si una cuenta se entrega a nuestra agencia de cobranza y / o nuestro abogado para el cobro, el titular de la cuenta será responsable de TODOS los honorarios de abogado y / o cobranza en los que incurre esta oficina al intentar cobrar el saldo impago. Estas tarifas de cobro se agregarán a la parte pendiente de la cuenta y también se convertirán en responsabilidad financiera del titular de la cuenta.

**Acuerdos financieros:** Ofrecemos planes de pago mensuales con intereses diferido a través de Care Credit. El acuerdo financiero para los tratamientos de Ortodoncia está separado del tratamiento dental.

QN Smiles, PLLC se reserva el derecho de actualizar y realizar cambios en las políticas de la oficina mencionadas anteriormente en cualquier momento sin previo aviso.

Al firmar a continuación, verifico que entiendo, estoy de acuerdo y acepto completamente las políticas descritas anteriormente. Además, reconozco que soy responsable de todos los servicios dentales que me brindan a mí y a mis dependientes (si corresponde).

✕

Signature of patient / Responsible party

Relationship

✕

Date

## POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN

Tu tiempo es muy importante para nosotros; por lo tanto, esta oficina hace todo lo posible para cumplir con el cronograma. Nos aseguramos de que se proporcione suficiente tiempo a cada paciente; tanto para las citas de visita al consultorio como para todos nuestros procedimientos dentales que se realizan como parte de un plan de tratamiento.

No realizamos overbooking a los pacientes; le damos a cada paciente el tiempo de calidad y la consideración necesaria para sus necesidades dentales específicas. Sin embargo, atendemos a pacientes con problemas muy complejos que a menudo requieren tiempo adicional.

Como puede que se identifique, a menudo tenemos muchos pacientes que requieren atención y que esperan ser atendidos por nuestros proveedores. Si un paciente no notifica a tiempo que no podrá asistir a la cita programada, no tendremos tiempo para programar otro paciente que, en algunos casos, necesita urgentemente ser atendido.

Por esta razón, solicitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación antes de cancelar o reprogramar una cita de visita al consultorio y un aviso de 48 horas para los procedimientos de tratamiento.

Tenga en cuenta que **nos reservamos el derecho de cargar su cuenta:**

- **\$ 25 por cita perdida.**
- **\$ 25 por cancelación tardía.**

Valoramos su tiempo y esperamos la misma cortesía a cambio. Además, la oficina se reserva el derecho de revocar los privilegios de citas para los pacientes que no cumplan. Entendemos que pueden ocurrir imprevistos y no siempre se puede evitar una cancelación tardía, por lo que daremos un primer aviso antes de hacer cumplir esta cláusula.

Por lo tanto, notifique a nuestra oficina con anticipación durante el horario comercial habitual si necesita cancelar o reprogramar su cita de acuerdo con los plazos enumerados anteriormente.

QNSmiles se reserva el derecho de actualizar y realizar cambios en las políticas de la oficina antes mencionadas en cualquier momento sin previo aviso.

Al firmar a continuación, verifico que entiendo, estoy de acuerdo y acepto completamente las políticas descritas anteriormente. Además, reconozco que soy responsable de mí y de las cuentas de mis dependientes (si corresponde).

Gracias por su comprensión y cooperación.

✕ \_\_\_\_\_  
Signature of patient / Responsible party  
Date

\_\_\_\_\_ Relationship

✕ \_\_\_\_\_  
Date