Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist

League City: 2950 Gulf Fwy S, Ste A, League City, TX 77573 | Ph (281) 337-3222 | Fax (281) 337-9222
Deer Park: 3317 Center St, Deer Park, TX 77536 | Ph (281) 377-3332 | Fax (281) 377-4741
www.tntdentistry.com | info@tntdentistry.com

Registro familiar

English: Family Registration

Llénelo una vez por familia. Después complete un Historial de salud del niño(a) por cada hijo(a).

¡Bienvenidos! Le ofrecemos amistad y una atención dental pediátrica y de ortodoncia extraordinaria. Por favor, responda de la manera más completa posible. Esto nos ayudará a desarrollar un programa completo de salud dental para su hijo(a). Por supuesto, toda la información se mantendrá en estricta confidencialidad.

Trabajando juntos, podemos alcanzar su meta de una buena salud dental y sonrisas hermosas para su hijo(a), de maneras que transformen la calidad de vida de su hijo(a) y la suya. ¡Venga por la odontología y quédese por la amistad!

Oficina preferida: ☐ League City ☐ Deer Park

NIÑOS QUE SE REGISTRAN / CHILDREN BEING REGISTERED

	Apodo	Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela	Grado
Niño(a) 1: nombre completo					
Niño(a) 2: nombre completo					
Niño(a) 3: nombre completo					
Niño(a) 4: nombre completo					
Niño(a) 5: nombre completo					
Niño(a) 6: nombre completo					

CONTACTO DEL HOGAR / HOME CONTACT

Fecha | Dirección de casa | Ciudad | Código postal | Teléfono de casa

Teléfono para recordatorios de citas | Correo electrónico para recordatorios

INFORMACIÓN DE LA MADRE / MOTHER'S INFORMATION

Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido) | Fecha de nacimiento | Teléfono de casa

Correo electrónico | Ocupación | Empleador

Dirección de casa (si es diferente) | Dirección del trabajo | Teléfono del trabajo

INFORMACIÓN DEL PADRE / FATHER'S INFORMATION

Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido) | Fecha de nacimiento | Teléfono de casa

Correo electrónico | Ocupación | Empleador

Dirección de casa (si es diferente) | Dirección del trabajo | Teléfono del trabajo

REFERENCIA / REFERRAL

Dentista familiar | Ciudad de la oficina | ¿A quién le agradecemos la referencia? | Dirección

SEGURO DENTAL (SI TIENE) / DENTAL INSURANCE (IF ANY)

Seguro primario (Primary insurance)

Compañía de seguro | ID de miembro / asegurado | Número de grupo | Teléfono del seguro

Nombre del asegurado (titular) | Fecha de nacimiento del titular | Parentesco con los niños | Empleador del titular

Seguro secundario (Secondary insurance)

Compañía de seguro | ID de miembro / asegurado | Número de grupo | Teléfono del seguro

Nombre del asegurado (titular) | Fecha de nacimiento del titular | Parentesco con los niños | Empleador del titular

☐ No tengo seguro dental

CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEAN LOS PADRES) / EMERGENCY CONTACT (OTHER THAN PARENTS)

Nombre | Parentesco | Teléfono

RECONOCIMIENTO FINANCIERO Y DE PRIVACIDAD / FINANCIAL & PRIVACY ACKNOWLEDGMENT

- La ley federal establece que el padre, la madre o el tutor que trae al niño(a) a las citas es responsable de los cargos incurridos.
- Entiendo y acepto que, sin importar mi situación de seguro, soy el responsable final del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.
- Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Les notificaré de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo(a) o en la información anterior.
- Entiendo que Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist presenta las reclamaciones de seguro electrónicamente. Esto es aceptable para mí.
- He recibido mi folleto sobre mis derechos de privacidad (HIPAA) y cómo se puede usar mi información.

Firma | Parentesco con el paciente | Fecha

CONSENTIMIENTO (APLICA A CADA NIÑO(A) REGISTRADO ARRIBA) / CONSENT (APPLIES TO EACH CHILD LISTED ABOVE)

1. El/la abajo firmante autoriza la toma de radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otro auxiliar de diagnóstico que los dentistas de Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist consideren apropiado para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales/de ortodoncia de mi(s) hijo(s).
2. También autorizo a los dentistas de Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist a realizar todo el tratamiento recomendado acordado mutuamente conmigo y a usar los medicamentos y la terapia indicados para dicho tratamiento de mi(s) hijo(s).
3. Entiendo que el uso de agentes anestésicos conlleva cierto riesgo. Además, autorizo y doy mi consentimiento para que los dentistas de Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist elijan y empleen la asistencia que consideren adecuada para proporcionar el tratamiento recomendado.

Nombre del padre/madre o tutor | Firma del padre/madre o tutor | Parentesco | Fecha