



Lee H. Baker, DDS  
 1243 Augusta West Pkwy  
 Augusta, GA 30909  
 (706) 855-8989-Phone  
 (706) 855-0321-Fax  
[www.DrLeeBaker.com](http://www.DrLeeBaker.com)

Bienvenidos a nuestra práctica! Para conocerle mejor a usted y a su hijo, por favor complete la información solicitada tan completamente como le sea posible. Si usted tiene alguna pregunta, por favor, pida ayuda. ¡Gracias!

**Information de Paciente**

Nombre de Niño(a): \_\_\_\_\_  
Apellido Primero IM De Cariño

Masculino  Femenino Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Seguro Social de Niño #: \_\_\_\_\_

Hobbies/Animal Domestico: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Nombres y edades de otros niños en casa: \_\_\_\_\_

Viven juntos los padres?  Si  No Si no, con quien vive el niño? \_\_\_\_\_

**Informacion del Padre/Guardian**

Madre  Madrastra  Guardian: Nombre \_\_\_\_\_

Dirreccion (si diferente que arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

Casa # (si diferente que arriba): \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

Esta persona tiene el derecho legal para tomar decisiones por el paciente mencionado anterior?  Si  No

**Informacion del Padre/Guardian**

Padre  Padrastro  Guardian: Nombre \_\_\_\_\_

Dirreccion (si diferente que arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

Casa # (si diferente que arriba): \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

Esta persona tiene el derecho legal para tomar decisiones por el paciente mencionado anterior?  Si  No

Liste persona (s) que no desea que le sea liberado la información del paciente / familia: \_\_\_\_\_

Liste person(s) permitido traer al paciente a una cita y tomar decisiones dentales / financiera para el paciente: \_\_\_\_\_

Quien la(o) refirio a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Quien es el dentista de familia? \_\_\_\_\_

**Metodo de Pago**

Pago completo al tiempo del tratamiento (Cash, Cheque electronico, Master Card, Visa, AMEX, Care Credit)

Seguro- El co-pago se debe al tiempo del tratamiento y son estimados. Cualquier cantidad no cubierta por el Seguro es la responsabilidad del padre acompañando al paciente.

Medical, Wellcare Porfavor indiquenos de cualquier seguro dental adicional de su hijo(a)

### Seguro Dental Principal

Tomador del Seguro: \_\_\_\_\_ Relacion del paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Tomador #: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_

Compania del Seguro: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ ID de Miembro # \_\_\_\_\_

Telefono de Compania de Seguro #: \_\_\_\_\_

Esta cubierto el niño(a) por algún otro plan de seguro dental (incluyendo Medical)?  Si  No

### Seguro Dental Secundario

Tomador del Seguro: \_\_\_\_\_ Relacion del paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Tomador #: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_

Compania del Seguro: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ ID de Miembro # \_\_\_\_\_

Telefono de Compania de Seguro #: \_\_\_\_\_

### Historial Dental

Esta es la primera cita de su hijo a un dentista?  Si  No Si no, porfavor de la fecha de la ultima cita:

\_\_\_\_\_ Dentista Previo: \_\_\_\_\_

Tiene una copia de los registros dentales de su hijo?  Si  No

Toma su hijo de una botella?  Si  No Si no, a que edad lo dejo? \_\_\_\_\_

Su hijo se chupa el/los dedos o a usado un chupete?  Si  No A que edad lo dejo? \_\_\_\_\_

Su agua principal es de poso?  Si  No

Toma su hijo fluoruro en cualquier forma?  Pasta  Enjuague  Tableta  Agua de Ciudad/Agua de Nurseria

Su hijo a tenido alguna lesion tramautica en sus dientes?  Si  No Si es asi, porfavor explique:

\_\_\_\_\_

Su hijo a tenido problemas con tratamiento dental previamente?  Si  No Si es asi, porfavor explique:

\_\_\_\_\_

Su hijo tiene una condicion dental de la cual usted se preocupa?  Si  No Si es asi, porfavor explique:

\_\_\_\_\_

### Historial Medica

Pediatra del niño(a): \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima cita: \_\_\_\_\_

Ha sido su hijo hospitalizado o a tenido sirujias desde que nacio?  Si  No Si es asi, porfavor explique:

\_\_\_\_\_

Tiene su hijo discapacidades o desabilidades?  Si  No Porfavor liste: \_\_\_\_\_

### A tenido su hijo(a) algo de lo siguiente? (Porfavor seleccione si or no por cada condicion)

Sangramiento Abnormal  Si  No Hemofilia  Si  No

ADD/ADHD  Si  No Hepatitis  Si  No

Cida  Si  No Desorden del Riñon  Si  No

Anemia  Si  No Desabilidad de aprendizaje  Si  No

Asperger's  Si  No Problemas del Hígado  Si  No

Asma  Si  No Enfermedad de Pulmones  Si  No

Autismo  Si  No Desorden Mental/Emocional  Si  No

Cancer/ Tumores  Si  No Distrofia Muscular  Si  No

Parálisis Cerebral  Si  No Desorden Nariz/Garganta  Si  No

Labio leporino  Si  No Premedicacion Necesaria  Si  No

Diabetis  Si  No VRS  Si  No

Sindrome de down  Si  No Problemas Respiratorio  Si  No

Epilepsia/ Convulsions  Si  No Celulas Falciformes  Si  No

Discapacidad auditiva  Si  No Trazo de Celulas Falciformes  Si  No

Problemas del Corazon/soplo  Si  No Problemas Sinusal  Si  No

Continua- Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Problemas at Hablar  Si  No  
Desorden Estomacal  Si  No  
Enfermedad de Tiroidis  Si  No

Tuberculosis  Si  No  
Problemas de Vision  Si  No

Si alguna respuesta arriba fue afirmativa porfavor explique or de mas detalles: \_\_\_\_\_

Alguna otra condicion medica o preocupacion? \_\_\_\_\_

**Pacientes 14 o mas:**algún uso recreacional de tabaco, alcohol o historia de abuso de sustancias?  Yes  No

Si la respuesta es si, porfavor indique detalles adicionales: \_\_\_\_\_

Liste todos los medicamentos actuales con receta, sin receta, y los suplementos. \_\_\_\_\_

### Alergias

Nada  Penicilina/Amoxicilina  Sulfa  Latex  Aspirina  Anestésico

Otros( Porfavor liste): \_\_\_\_\_

### Autorizacion y Liberacion

De mi conocimiento, las cuestiones de este formulario han sido contestadas con precisión. Yo soy el padre, tutor o representante personal de este paciente y tengo el derecho legal para autorizar la atención médica y dental para este niño. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar. Tambien autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y exámenes o tratamiento prestados a mi hijo durante el período de atención, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo el uso de las radiografías y fotografías para el propósito de la enseñanza y las publicaciones científicas. Solicito que mi compañía de seguros pague directamente al dentista. Estoy de acuerdo en permanecer en el local mientras mi hijo está siendo tratado. Tengo entendido que mi compañía de seguro puede pagar menos que el efecto real de los servicios; por lo tanto, estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi hijo. También estoy de acuerdo que los gastos incurridos por este concepto para los cargos por financiamiento, acciones de cobro o de pago retrasado por mí mismo o la compañía de seguros será mi responsabilidad.

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre de persona que firmo: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Esta persona tiene el derecho legal para tomar decisiones por el paciente mencionado anterior?  Si  No

**Reviewed and signed by Dr:** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
(Revisado y firmado por el Dr)

## Center for Pediatric Dentistry

\*Usted puede negarse a firmar este reconocimiento\*

**He leído y me han ofrecido una copia de la Noticia de Privacidad de Practicas de esta oficina.**

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

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

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

---

### Para uso exclusive de la oficina

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)
- 
- 
-

## Informacion Importante para Nuestros Pacientes

### Citas y Confirmacion de Citas:

Nuestras citas están programadas para respetar su tiempo. Nos reservamos un tiempo específico para el cuidado de su hijo y hacemos todo lo posible para ver lo a la hora reservada. Agradecemos su puntualidad y la consideración de no cambiar la hora programada. Sin embargo, si usted necesita cambiar una cita, se solicita una notificación de 48 horas. Llegadas tardes afectan nuestra capacidad para ver a los pacientes de manera oportuna y eficiente. Los pacientes que llegan 15 minutos o más tarde a una cita sera necesario reprogramar la cita. Si podemos ver al paciente, no podemos garantizar que todo el tratamiento se complete. Si 2 citas se pierden sin preaviso de 24 horas, no podremos proporcionar la atención dental para su hijo.

Las citas serán confirmadas al menos 48 horas de antelación. Solicitamos respetuosamente que las citas sean confirmadas por el padre o tutor. Si no podemos comunicarnos con usted en cuanto a la cita de su hijo, será trasladado fuera del horario. Puede confirmar sus citas por teléfono al 706-855-8989, por correo electrónico a [appointments@drleebaker.com](mailto:appointments@drleebaker.com) o a través de nuestro sistema automatizado de mensajes de texto y e-mail. Si esta cerrado nos puede dejar un mensaje para confirmar la cita. Por favor, póngase en contacto con nosotros durante horas de oficina para reprogramar o cancelar citas.

### Comunicacion Electronica:

Para la comodidad de nuestras familias ocupadas, Centro de Odontología Pediátrica utiliza mensajes de correo electrónico y mensajes de texto para contactar nuestros pacientes. Entiendo que la confidencialidad de las comunicaciones electrónicas (e-mail, mensajes de texto, etc) no puede ser garantizada y el Centro de Odontología Pediátrica no es responsable de la confidencialidad o la seguridad de cualquier mensaje enviados por mi o a mi. Si cambia la información en como contactarme o si en cualquier momento deseo revocar este consentimiento, estoy de acuerdo en notificar al Centro de Odontología Pediátrica, por escrito o en persona.

- Si    No Mensajes de texto para confirmaciones de citas y notificaciones
- Si    No E-mail para confirmaciones de citas y notificaciones.
- Si    No E-mail para preguntas de cuenta general, seguro, y/o facturación.

***Nuestra relación con nuestros pacientes es de suma importancia para nosotros. Estamos encantados de responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestra oficina. Esperamos poder brindar una excelente experiencia para usted y su hijo. Gracias por su cooperación!***

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Forma de Permiso

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

Nombre(s) de Paciente(s): \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, le doy permiso a las personas que se indican a continuación para llevar a mi hijo/a(s) a sus visitas dentales y autorizo al Center for Pediatric Dentistry para darles información sobre el cuidado dental para mi hijo(a). Tienen toda la autoridad para realizar cualquier tratamiento odontológico y las decisiones financieras de mi hijo(s), incluyendo pero no limitado a: sedación, óxido nitroso, radiografías y tratamientos con flúor. Entiendo que el pago por los servicios prestados se debe en el momento del tratamiento y me comprometo a realizar acuerdos de pago con el Center for Pediatric Dentistry si el individuo que acompaña a mis hijo(s) no está dispuesta a realizar el pago en su totalidad. Center for Pediatric Dentistry hará todo lo posible para mantener informado al adulto acompañando a mi hijo(s) antes de que el tratamiento cambie, sin embargo entiendo de que esto no es siempre posible y el adulto será informado de cualquier cambio en la finalización de la cita. Yo entiendo que si tengo que hacer cambios a este acuerdo, debere hacerlo por escrito.

Nombre

Telefono(s)

Relacion al Paciente

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardian Legal: \_\_\_\_\_