

Dr. Jairo Montoya, DDS, MScD

Board Certified Pediatric Dentist

6245 Rufe Snow Dr • Suite 240 • Watauga, TX 76148 • Telephone: (817) 985-7550 • frontdesk@aviatorpediatricdentistry.com

Información Demografica

Paciente _____ Fecha _____
 Nombre que el niño quiere que le llamen _____ # Telefono _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ # Celular _____
 Correo Electronico del padre _____
 Direccion Residencial _____
Calle Ciudad Estado zip code
 Nombres y Edades de todos los niños del hogar _____
 Escuela a la que acude _____ Grade _____
 Madre /Tutor Legal : _____ Relación con el paciente _____
 Padre /Tutor Legal: _____ Relación con el paciente _____
 Quien tiene custodia legal del menor ? _____ Tiene Seguro Dental : Yes No
 Persona Responsable de la cuenta _____ SS# _____ DOB _____
 Nombre del Pediatra/Medico de su hijo _____ Ph # _____
 A Quien le Podemos agradecer por haberlo referido? _____
 Cual es la razon por la que consulta hoy con el dentista ? _____

Historial Medico

Si No Se encuentra su hijo bien de salud ? Fecha de ultimo fisico _____
 Si No A tenido alguna enfermedad su hijo? _____
 Si No Ha sido el niño hospitalizado ? Indique la razon y fechas aproximadas _____
 Si No Tiene su hijo alergia a algo (Medicamentos/Comidas) _____
 Si No Esta tomando alguna medicamento? Favor indicar nombre, dosis y la razon por la que toma el medicamento _____
 Si No Hubo algun problema con o despues del parto? _____

Marque el recuadro si su hijo a sido tratado por alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedad del corazon	Transfuciones sanguineas	Asma/Problemas respiratorios	Problemas sanguineos
Enferm. Gastrointestinal	Anemia	Diabetes	SIDA/VIH
Enferm. Riñones	Fiebre Reumatica	Hepatitis	Trastorno del desarrollo intelectual
Trastorno del habla/Oido	Convulsiones	Labio/Paladar Hendido	Trastorno del Desarrollo Fisico
Problemas de la vision.	Defectos congenitos	Problemas de comportamiento	Otros problemas _____
Cancer / Tumores	Dolor de cabeza frec.	Infecciones Frecuentes	Reacciones adversas a Medicamentos
Paralisis Cerebral	Lesiones importantes	Enf. Endocrinas/ Crecimiento	Autismo



6245 Rufe Snow Dr • Suite 240 • Watauga, TX 76148 • Telephone: (817) 985-7550

• frontdesk@aviatorpediatricdentistry.com

Información de Seguro Dental del Paciente

Nuestra oficina se considera en red con su compañía de seguros (in-network). Para completar los cobros y calcular su deducible y valor a pagar de su parte, necesitamos que nos indique su información de seguro y que también nos indique de cualquier cambio de seguro para que nuestro equipo pueda mantener al día y darle información financiera correcta

Seguro Primario Dental

Compañía de Seguro/Nombre del plan: _____

Dirección Compañía de Seguros: _____
(P.O Box/Street #) (City) (State) (Zip Code)

Información del Dueño de la póliza

Nombre del Titular de la Póliza: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Genero: M F
(MM/DD/YY)

ID del Titular de la póliza/ Subscriptor : (# SSN or ID#): _____

Numero del Grupo/Plan: _____ Nombre del empleador: _____

Información de otros miembros de la familia que tengan cita

Patient Name: _____
(Last) (First) (Middle Initial)

Patient Name: _____
(Last) (First) (Middle Initial)

Seguro Medico (Si no aplica dejeló en blanco)

Compañía de Seguro /Nombre del plan: _____

Dirección Compañía de Seguro : _____
(P.O Box/Street #) (City) (State) (Zip Code)

Policyholder/Subscriber Information

Nombre del Titular de la póliza: _____
(Last) (First) (Middle Initial)

Fecha de Nacimiento del titular: _____ Gender: M F
(MM/DD/YY)

Policyholder/Subscriber ID: (SSN or ID#): _____

Plan/Numero de Grupo: _____ Nombre del Empleador: _____



Consentimiento Para Valoración Inicial y Profilaxis Dental

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo a **Dr. Jairo Montoya, DDS** y al personal de la clínica **Aviator Pediatric Dentistry** a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías intraorales y extra-orales, realizar examen clínico utilizando herramientas de diagnóstico que el dentista considere apropiado para diagnóstico de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al dentista y sus auxiliares a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento preventivo, incluida la limpieza, el flúor y los selladores (los dientes posteriores tienen ranuras y hoyos en los que generalmente comienza la caries. Un asistente “sellara” las ranuras con una capa de plástico para ayudar a prevenir la caries. No se necesita anestesia. Una buena higiene bucal y evitar alimentos/ dulces pegajosos y duros son importantes para mantener los selladores).

Además, autorizo y doy mi consentimiento para que el dentista elija y emplee la asistencia en el manejo del comportamiento que considere adecuada para la edad de mi hijo/hija. Entiendo que la pasta profiláctica, el barniz de Flúor y todos los demás medicamentos administrados al paciente antes, durante y después del tratamiento pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón del tejido, dolor, picazón, vómitos y /o shock anafiláctico (reacción alérgica grave).

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por el Dr. Jairo Montoya, y también responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. Por la presente autorizo a **Dr. Jairo Montoya** a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de firma en todos mis envíos de seguros, ya sean manuales o electrónicos.

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta para mi leal saber y entender. Revelo con sinceridad todos los aspectos del historial médico de mi hijo/a y me doy cuenta de que no haberlo hecho puede tener consecuencias negativas para la salud de mi hijo/a y el éxito del tratamiento recomendado para mi hijo/a. Toda la información contenida en este documento se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a Dr. Jairo Montoya DDS de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a.

Acepto cooperar plenamente con las recomendaciones del dentista y del higienista dental y me doy cuenta de que no hacerlo puede llevar a resultados menos que óptimos y comprometer la vida útil del tratamiento dental de mi hijo/a. También acepto seguir las recomendaciones para el cuidado en el hogar y el cronograma para futuras limpiezas y revisiones dentales.

Entiendo y reconozco que puedo optar por no ser tratado por el dentista. El dentista me ha explicado los riesgos razonablemente previsibles asociados con no tratar mi afección. Se me a presentado adecuadamente opciones de tratamiento alternativos con sus riesgos y beneficios asociados.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/ tutor legal: _____ Relación al paciente: _____

Escriba su nombre: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Por la presente autorizo a Aviator Pediatric Dentistry y al personal a tomar radiografías, estudiar modelos, fotografías intraorales, realizar exámenes o utilizar cualquier otra herramienta de diagnóstico, todo lo que el dentista considere apropiado para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al dentista a realizar todo tipo de tratamientos, incluidos la limpieza, el flúor y los selladores (los dientes posteriores tienen surcos y hoyos en los que generalmente comienza la caries. Un asistente "sellará" los surcos con una capa de plástico para ayudar a evitar que comiencen las caries. No se necesita anestesia. Una buena higiene bucal y evitar alimentos/velas pegajosas y duras son importantes para mantener los selladores).

Y además autorizo y consiento que el dentista elija y emplee la asistencia que considere conveniente. Entiendo que los antibióticos, la anestesia local ("inyecciones") y todos los demás medicamentos que se le administran al paciente antes, durante y después del tratamiento pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos alérgicos, causando dolor, picazón, vómitos y/o shock anafiláctico (grave reacción alérgica). La administración de anestesia local ("inyecciones") puede causar daño a los nervios (parestesia) que puede durar días, meses o indefinidamente. Las mujeres en edad fértil deben saber que los antibióticos pueden hacer que los medicamentos anticonceptivos sean ineficaces y deben confiar en otros métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

Entiendo que soy responsable de los pagos de los servicios prestados por Aviator Pediatric Dentistry y de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. Por la presente, autorizo a Aviator Pediatric Dentistry a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

Afirmo que la información que he dado es correcta a mi leal saber y entender. Toda la información aquí contenida se mantendrá en la más estricta confidencialidad, y es mi responsabilidad informar a Aviator Pediatric Dentistry de cualquier cambio en mi estado médico. Revelé con sinceridad mi historial de salud o el de mi hijo, y me di cuenta de que el hecho de no haberlo hecho puede tener consecuencias negativas para mi salud o la de mi hijo y el éxito de mi tratamiento o el de mi hijo.

Estoy de acuerdo en cooperar plenamente con las recomendaciones del dentista y el higienista dental, y me di cuenta de que no hacer tantas cosas da como resultado un resultado menos que óptimo y compromete la vida útil de mi tratamiento o el de mi hijo. También acepto seguir las recomendaciones para el cuidado en el hogar y programar para futuras limpiezas y revisiones dentales. Me doy cuenta de que si no hago mi parte en el mantenimiento de mi salud oral o la de mi hijo, se comprometerá el éxito de cualquier tratamiento dental recibido.

Entiendo y reconozco que puedo optar por no ser tratado por el dentista. El dentista me ha explicado los riesgos razonablemente previsibles asociados con no tratar mi condición. Se me han presentado adecuadamente planes de tratamiento alternativos con sus riesgos y beneficios asociados previsibles.

Nombre del padre/tutor legal: _____

Relación con el paciente anterior: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____



Consentimiento para Tratamiento Dental

Yo, como padre/tutor legalmente responsable de _____, por la presente autorizo al Dr. Jairo Montoya, según pueda ser seleccionado, para tratar la(s) condición(es) descrita(s):

Relleno(s) necesario **Pulpotomía / Corona(s) de acero inoxidable** **Extracción(es)** **Cualquier espaciador**
Examen(es) **Rayos-X** **Limpieza(s)** **Fluoruro**

1. Se me ha explicado el(los) procedimiento(s) necesario(s) para tratar la(s) condición(es) y entiendo la naturaleza del(de los) procedimiento(s).
2. He sido informado de los posibles riesgos, beneficios y métodos alternativos de tratamiento (si los hay), incluidos ningún tratamiento y los riesgos de la falta de tratamiento. Además, entiendo que este es un procedimiento electivo y otras formas de tratamiento o ningún tratamiento son opciones que tengo, y que este tratamiento está destinado a mejorar la salud dental y prevenir futuros problemas potenciales en mi hijo/a.
3. El Dr. Montoya y los asociados de Aviator Pediatric Dentistry y/o sus empleados me han explicado que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales en cualquier plan o procedimiento de tratamiento, y que dichos riesgos de tratamiento incluyen, entre otros, los siguientes:
 - a. Posibles molestias e hinchazón postoperatorias,
 - b. Posible mordedura de labio y lengua mientras está anestesiado causando molestias e hinchazón,
 - c. Posible estiramiento de las comisuras de la boca con posibles grietas en los labios,
 - d. Posible decisión de dejar un pequeño trozo de raíz en la mandíbula si se extrae el diente y si la extracción de la punta de la raíz requiere una cirugía extensa,
 - e. Posible sangrado prolongado después de la extracción del diente,
 - f. Posible daño a los dientes adyacentes o restauraciones durante el procedimiento, gramo,
 - g. Posibles Petequias, diminutas manchas moradas o rojas no levantadas en la cara y el cuello.
4. Se me ha explicado que, si bien el(los) procedimiento(s), pueden revelarse condiciones imprevistas que requieren una extensión del(los) procedimiento(s) original(es) o procedimientos diferentes a los establecidos anteriormente. Por lo tanto, autorizo y solicito que los médicos realicen los procedimientos que sean necesarios y convenientes en el ejercicio de su juicio profesional. Esta autorización se extenderá al tratamiento de todas las condiciones que requieran tratamiento y que no sean conocidas al momento de iniciarse el procedimiento original.
5. Doy mi consentimiento para la administración de óxido nitroso, analgesia y anestesia tópica y local en relación con ese(s) procedimiento(s).
6. Se me ha explicado y entiendo que un resultado perfecto no está garantizado ni garantizado y no puede garantizarse ni garantizarse.

Certifico que leo y escribo en inglés y entiendo completamente este consentimiento para el tratamiento.
POR FAVOR PREGUNTE AL DOCTOR SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTE CONSENTIMIENTO ANTES DE FIRMAR.

PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA

TESTIGO (MÉDICO O MIEMBRO DEL PERSONAL)

FECHA



Política de Grabación de Video y Teléfono Celular

1. Está prohibido el uso de teléfonos celulares en el área de tratamiento y sala de espera para evitar distracciones y respetar la privacidad de otras familias.
2. No se permiten cámaras ni grabaciones de video de ningún tipo en el área de tratamiento, la sala de espera o cualquier otra parte de la oficina para garantizar la privacidad de nuestros pacientes y sus familias.
3. Si necesita hacer o recibir una llamada urgente, salga del área de tratamiento y de la sala de espera y busque un lugar adecuado fuera de la oficina.
4. Cualquier violación de esta política puede resultar en la terminación del tratamiento y/o despido de la práctica.
5. Si necesita usar su teléfono celular u otro dispositivo mientras está en la sala de espera, utilícelo en silencio y respete el derecho de los demás pacientes a un ambiente tranquilo.

Agradecemos su cooperación para mantener un ambiente profesional y privado para todos nuestros pacientes y sus familias.

Nombre del padre/tutor legal: _____

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: ____/____/____





Cita de reconocimiento del paciente Política de Cancelación y Anestesia General

Estimados padres y pacientes,

Aviator Pediatric Dentistry ha instituido una Política de **Cancelación de Citas y Anestesia General**. Una cancelación con **menos de 48 horas** de anticipación limita significativamente nuestra capacidad de hacer que la cita esté disponible para otro paciente que la necesite. Para mantener la coherencia con nuestra misión, hemos instituido la siguiente política:

- 1. Proporcione a nuestra oficina un aviso de 48 horas si necesita reprogramar su cita.** Esto nos dará la oportunidad de brindar atención a otro paciente. Siempre se puede dejar un mensaje con el servicio de contestador para evitar que se cobre una tarifa de cancelación.
- 2. Una "ausencia", "no llamada" o una cita perdida sin la notificación adecuada de 48 horas puede ser evaluada con una tarifa de \$25 y podría ser reportada a su proveedor de seguros.** Esta tarifa no es facturable a su seguro y **DEBE** pagarse antes de reprogramar otra cita.
- 3. Si llega 15 minutos o más tarde a su cita, la cita se cancelará y se reprogramará para el siguiente horario disponible. PARA CITAS DE ANESTESIA GENERAL: ESTO PODRÍA SER CON MÁS DE 60 A 90 DÍAS DE ANTICIPACIÓN.**
- 4. Como cortesía, enviamos mensajes de texto recordatorios, correos electrónicos y llamadas telefónicas para citas **dos semanas, una semana, cinco días, dos días y un día antes de su cita.** Tenga en cuenta que si no se recibe una llamada o mensaje de recordatorio, la política de cancelación sigue vigente.**
- 5. Las citas perdidas repetidas (más de dos) pueden resultar en la terminación de la relación médico/paciente y podrían informarse a su proveedor de seguros.**

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, hágaselo saber a nuestro personal y con gusto le aclararemos cualquier pregunta. Se le proporcionará una copia de esta política. Por favor, firme y ponga la fecha debajo de su acuse de recibo.

He leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas y Anestesia General y reconozco sus términos. También entiendo y acepto que la clínica puede modificar dichos términos ocasionalmente.

Nombre del padre (en letra de imprenta)
niño/paciente (en letra de imprenta)

Nombre del

Firma de los padres como acuse de recibo

Fecha