

112 Gulf Street  
Cibola, TX 78108  
(210) 724-4100

1890 Medical Parkway  
San Marcos, TX 78666  
(512) 393-3500



1605 US-181  
Floresville, TX 78114  
(830) 383-9300

901 S Hwy 123 Bypass  
Seguin, TX 78155  
(830) 372-3725

## Patient Health History

Patient Name: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Doctor: \_\_\_\_\_

Premature Birth/ Hospitalization	YES NO	Autism/Developmental Delay	YES NO
Heart Defect/ Cardiovascular Disease	YES NO	Behavioral Diagnosis/ADHD/ Other	YES NO
Asthma/Respiratory Disease	YES NO	Epilepsy/Seizures	YES NO

List other medical conditions/allergies: \_\_\_\_\_

List any medication your child is taking: \_\_\_\_\_

List any family dental history regarding previous sedation or other surgeries: \_\_\_\_\_

Other medical/dental concerns you wish to share: \_\_\_\_\_

## General Consent Form

**State law requires us to obtain consent to your child's treatment. Please read this form carefully.**

I hereby authorize **Alligator Dental**, along with any dentists associated with the practice, as well as assistance by dental auxiliaries of the dentist's choice, to perform upon my child (or legal ward) dental examinations and the following dental treatment including the use of any or advisable local anesthesia, radiographs (X-rays), and diagnostic photographs:

- \* Preventive therapies (cleanings, fluoride treatment, and sealants)
- \* Treatment of diseased or injured oral tissues (hard and/or soft)
- \* Treatment of teeth (diseased, injured) with dental restorations
- \* Use of inhalation and oral sedatives as medically necessary
- \* Treatment of malposed (crooked) teeth and growth abnormalities
- \* Extraction of teeth (primary, permanent) when medically necessary
- \* Replacement of teeth (diseased/missing) with crowns and prostheses
- \* Other treatment modalities deemed necessary by the licensed dentist

I understand that proposed treatment will be explained to me along with possible alternative methods including advantages and disadvantages. I understand that although good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and there can be no guarantee expressed or implied as to the results of the treatments provided. If I elect to stop my dental care of my own choosing against the advice of staff at Alligator Dental, I understand that Alligator Dental and staff are not responsible for any unsatisfactory results.

I also authorized Alligator Dental to use photographs, X-rays, and other clinical records for the purpose of training and scientific publication. I also authorize Alligator Dental to use photographs for display at Alligator Dental and on social media in recognition of good oral hygiene.

I understand, although extremely rare in occurrence, some risks are known to be associated with dental treatment procedures, sedation, and anesthesia. These risks include: temporary/permanent numbness, infection, swelling, bleeding, nausea, vomiting, allergic reaction, scarring brain damage, and the loss of function of an organ or limb. I further accept and understand that complications may require hospitalization and may even result in death. I also understand that all the above risks may also occur as a result of dental infection due to a lack of treatment if I choose to not pursue care for my child.

I acknowledge that I was offered a copy of the notice of privacy practices of Alligator Dental that sets forth the ways in which my child/family health information may be used/disclosed by the staff and outlines my rights with respect to such information.

I consent to allow Alligator Dental to bill my insurance, credit card, or other third-party payer and allow them to pay Alligator Dental directly for services provided. **I understand that the insurance company may not cover all of my treatment costs and that I will be responsible for paying the remainder of my account balance.** I understand that any monies collected at time of service are only an estimate of dental insurance coverage and that I may later be responsible for more if not all of the entire balance. I certify that the information I have given to Alligator Dental concerning payment methods and insurance is accurate and true to the best of my knowledge. I understand my right to ask for a copy of my financial statement/account balance at any time.

*To the best of my knowledge, all the above answers are true. If my child has a change in health or medication, I will inform the dentist. I authorize the dental staff to perform the necessary dental service my child may need. I hereby state that I have read and understand this consent and my questions concerning this consent have been answered to my satisfaction. I also understand that I have the right to be provided with answers to questions, which may arise during the course of my child's treatment. I further understand that this consent will remain in effect until such time that I choose to terminate it.*

Parent Printed Name: \_\_\_\_\_ Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

112 Gulf Street  
Cibolo, TX 78108  
(210) 724-4100

1890 Medical Parkway  
San Marcos, TX 78666  
(512) 393-3500



1605 US-181  
Floresville, TX 78114  
(830) 383-9300

901 S Hwy 123 Bypass  
Seguin, TX 78155  
(830) 372-3725

## Historia de Salud del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Doctor de Médico: \_\_\_\_\_

<i>Nacimiento y hospitalización prematuros</i>	Si	No	<i>Epilepsia / Convulsiones</i>	Si	No
<i>Defecto o enfermedad del corazon</i>	Si	No	<i>Autismo/Retraso en el desarrollo</i>	Si	No
<i>Asma/Enfermedades Respiratorias</i>	Si	No	<i>Problemas del comportamiento</i>	Si	No

Haga una lista de otras condiciones médicas /alergias: \_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos que toma su hijo: \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones médicas/dentales: \_\_\_\_\_

## Forma General de Consentimiento

**La ley estatal requiere que obtener el consentimiento para el tratamiento dental de su hijo. Por favor lea este formulario cuidadosamente.**

Autorizo Alligator Dental, junto con cualquier dentista asociado a la práctica, así como la asistencia de auxiliares de odontología de la elección del dentista para realizar sobre mi hijo (o pupilo legal) exámenes dentales y el tratamiento dental siguiente incluyendo el uso de cualquier necesario o conveniente anestesia local radiografías (rayos X) y fotografías de diagnóstico.

- \* Terapias preventivas (limpiezas, tratamiento con flúor y selladores)
- \* Tratamiento de tejidos orales enfermos o lesionados (duros y /o blandos)
- \* Tratamiento de dientes (enfermos, lesionados) con restauraciones dentales
- \* Uso de inhalación y sedantes orales según sea médicamente necesario
- \* Tratamiento de dientes malformados/torcidos y anomalías de crecimiento
- \* Extracción de dientes cuando sea médicamente necesario
- \* Reemplazo de dientes (enfermos / desaparecidos) con coronas y prótesis
- \* Otras tratamiento que el dentista autorizado considere necesarias

Entiendo que se me explicará el tratamiento propuesto, junto con posibles métodos alternativos, incluyendo ventajas y desventajas. Entiendo que aunque buenos resultados se esperan, no se pueden prever con precisión la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones y puede haber ninguna garantía expresa o implícita sobre el resultado de los tratamientos proporcionados. Si elijo detener mi cuidado dental de mi propia elección o en contra de los consejos de personal de Alligator Dental, entiendo que Alligator Dental, y el personal no es responsables por cualquier resultado insatisfactoria.

También autorizo Alligator Dental, utilizar fotografías, rayos x y otros registros clínicos para el propósito de entrenar y publicación científica. También autorizo Alligator Dental, PLLC utilizar fotografías para su exhibición en Alligator Dental y en los medios de comunicación social en el reconocimiento de una buena higiene oral.

Entiendo aunque extremadamente raro en la ocurrencia, son conocidos algunos riesgos asociados con los procedimientos de tratamiento dental, sedación y anestesia. Estos riesgos incluyen: entumecimiento temporal y permanente, infección, inflamación, sangrado, náuseas, vómitos reacción alérgica, cicatrices, daño cerebral y la pérdida de la función de un órgano o extremidad. Además entiendo y acepto que complicaciones pueden requerir hospitalización y pueden provocar incluso de muerte. También entiendo que todos los riesgos anteriores también pueden producirse como resultado de una infección dental debido a la falta de tratamiento si elijo a no seguir el tratamiento para mi hijo.

Reconozco que me ofrecieron una copia de la notificación de privacidad prácticas de Alligator Dental, PLLC que establece la forma en que mi información de salud del niño y la familia puede ser usada/revelada por el personal y mis derechos con respecto a dicha información se describe.

Doy mi consentimiento para permitir Alligator Dental facturar a mi seguro, tarjeta de crédito o de otros terceros pagadores y permitirles pagar Alligator Dental, PLLC directamente por los servicios prestados. Entiendo que la compañía de seguros no puede cubrir todos los gastos de tratamiento y que seré responsable de pagar el resto del saldo de mi cuenta en el momento de servicio. Certifico que la información he dado a Alligator Dental, PLLC sobre seguro y forma de pago es exacta y cierto a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo mi derecho a pedir una copia de mi saldo de cuenta de declaración financiera en cualquier momento.

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son ciertas. Si mi hijo tiene un cambio en la salud o la medicación, voy a informar al dentista. Autorizo al personal dental para realizar el servicio dental necesario que mi hijo pueda necesitar. Por la presente declaro que he leído y entendido este consentimiento y me han contestado mis preguntas relativas a este consentimiento para mi satisfacción. También entiendo que tengo derecho a recibir respuestas a las preguntas que surjan en el curso del tratamiento de mi hijo. Además entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento que elijo terminarlo.

Padre Impreso Guarda: \_\_\_\_\_ Firma Del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_