

**Heidi J. Stark, D.D.S.**  
Diplomate, American Board of  
Pediatric Dentistry

**Libby A. Johnson, D.D.S.**  
Diplomate, American Board of  
Pediatric Dentistry

**Emily J. Egley, D.D.S.**  
Diplomate, American Board of  
Pediatric Dentistry

**Katie J. Garcia, D.D.S.**  
Diplomate, American Board of  
Pediatric Dentistry

**Allie L. Wolf, D.D.S.**

# LINCOLN PEDIATRIC DENTISTRY



Gracias por seleccionar Lincoln Pediatric Dentistry para su cuidado dental de su niño(a).

- Su cita inicial con su niño(a) tomará aproximadamente 40-60 minutos. Nos gustaría, si pueden llegar 15 minutos antes de su cita para poder procesar problemas de salud y seguro de su niño(a).
- Complete por favor la Matricula de Paciente e Historia de salud antes de llegar a nuestra oficina. Si es posible, pueden ser enviadas por correo o fax a nuestra oficina antes de la cita. Si no tiene oportunidad de mandarlas por correo o fax, por favor de traer completas a la cita.
- Para ver cómo será la primera cita de su niño(a), visite nuestra página electrónica [www.lincolnpediatricdentistry.com](http://www.lincolnpediatricdentistry.com). Valla a Examen/ Medidas preventivas, seleccione Examen comprensivo - Nuevo paciente, elija el enlace de video: <http://ameritasinsight.com/individuals-families/expect-childs-dentaexam>.
- Nosotros tratamos de acomodar y planificar un tiempo que funcione para usted para una cita. Si por alguna razón usted no puede acudir a su cita nosotros requerimos por lo menos 24 horas antes de aviso. Si usted no nos avisa, pueden perder su cita y no podemos rehacer su cita.
- Si llega 10 minutos tarde para su cita, haremos todo lo posible para acomodar su cita si nuestro horario lo permite. Sin embargo, si no es posible le pediremos reprogramar para otro día o horario.
- Si hay una barrera de idioma, por favor traiga a un intérprete para poder comprender el tratamiento de su niño(a) y alguna obligación financiera.

Para obtener información adicional sobre nuestros dentistas, para conocer al equipo, tomar un tour de la oficina y nuestra política financiera, lea el folleto de la practica o viste el sitio de web.

**North Office:**  
3272 Salt Creek Circle  
Lincoln, NE 68504  
ph. 402-476-1500  
fx. 402-476-1510

**Southeast Office:**  
4301 S. 80th St.  
Lincoln, NE 68516  
ph. 402-476-4301  
fx. 402-476-4305



## Registro E Historia del Paciente

HEIDI J. STARK, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
LIBBY A. JOHNSON, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
EMILY J. EGLEY, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
KATIE J. GARCIA, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
ALLIE L. WOLF, DDS

**Con el fin de ofrecer la mejor y mas segura atencion dental integral para su hijo se le agradece de antemano por completar el formulario detallado historial medico. Favor de imprimir con tinta azul o negra.**

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Genero M F

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Idioma que habla el niño en casa \_\_\_\_\_

El niño principalmente vive con (marca todo lo que aplique):  Mamá  Papá  Madrastra  Padrastro  
 Abuelo (a)  Padre Adoptivo/Guardián  Otro \_\_\_\_\_

### Ha tenido o ha sido diagnosticado en algun momento su niño con alguna de las siguientes condiciones? Favor de marcar SI o NO

|   |   |   |
|---|---|---|
| SI NO   | SI NO   | SI NO   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADD/ADHD  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dependencia Quimica                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis/Padecimiento del Hgado          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden de Deficiencia de Atencion/Desorden Hiperativo de Atencion | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia / Radiacion           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta                     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adoptado  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varicela                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Daño de Dientes Frontales                 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abuso Infantil                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis Juvenil reumatoide               |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a los augmentin   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fisura de Paladar / Labio           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinones                     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a los colorantes alimentarios                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes labial                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado                     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia al látex  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmones                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a los metales   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implantes Metalicos, Barras/Clavos        |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a la omoicef/ceph   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> motor                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MRSA                                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a los cacahuates  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> habla                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intolerancia a la leche y proteina (MSPI) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina/amoxicillin                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cognitivo                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazada (paciente)                     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia Estacioinal   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a las sulfas  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome de down                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiatrico                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Oído / Infecciones de Oído | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derivaciones Cardiacas                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autismo   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se requiere pluma EPI               | Explique _____  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de conducta   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condicion de los ojos               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de las Celulas                 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Impedimento de Audio                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El rasgo de células falciformes           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Impedimento del Habla                     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Huesos y Coyonturas                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo en el corazon                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padecimiento de Tiroide                   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Daño Cerebral   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> soplo cardiaco inocente             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amigdalitis                               |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> debido a la condición del corazon   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis                              |
|   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SBE/antibiotico requerido           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer, Tumores                           |
|   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cilla de reudas                           |

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo Examen \_\_\_\_\_

Esta su hijo bajo el cuidado de un médico o especialista?  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Esta su hijo tomando algunos medicamentos?  SI  NO

Mencionelos \_\_\_\_\_

Su hijo es alergico a alguna medicina, látex, comidas o metales?  SI  NO

Mencionelos \_\_\_\_\_

Son necesarios los antibioticos antes del trabajo dental debido a un soplo en el corazon, defectos, protesis o otras razones medicas?  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

Ha sido su hijo hospitalizado, sedado o tenido alguna cirugia?  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

Ha tenido algun miembro de la familia incluyendo su niño un problema con sedantes o anestesia general?  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

Estan actualizadas las vacunas de su hijo?  SI  NO

Hay alguna otra informacion de salud que debamos saber?  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

## Historial Dental

Esta es la primera consulta dental de su hijo?  SI  NO Dentista anterior \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima cita \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas radiografías \_\_\_\_\_

Su hijo(a) esta viendo a un ortodoncista?  SI  NO Si es así, el nombre \_\_\_\_\_

Cuantas veces al día se cepilla los dientes su hijo? \_\_\_\_\_

El cepillado de su hijo es supervisado?  SI  NO Utilizan el hilo dental?  SI  NO

Recibe su niño (marque todo lo que aplique):

Fluoruro en vitaminas  Agua embotellada  Agua con fluoruro  Agua potable  Agua sin fluoruro

Fluoruro en tabletas/gotas  Vitaminas [ masticable  pegajoso  líquido]

Tiene alguna herida en los dientes o mandibula el niño?  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

Historia (marque todo lo que aplique):

Amamantando  Amamantado en el pasado  Se chupa el dedo  Habitos de mamila

Chupon  Vaso entrenador  Apretamiento de dientes

A experimentado su hijo(a) una reaccion desfavorable en cuidados medicos o dentales anteriores? \_\_\_\_\_  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

Como piensa que su niño(a) actuara ante el dentista? \_\_\_\_\_

Ha tenido su niño(a) recientemente dolor dental o problemas dentales especificos que necesiten atencion dental especial?  SI  NO

Explique \_\_\_\_\_

Tiene alguna pregunta para nuestro personal antes de la visita de su hijo(a) hoy?  SI  NO

Explique <http://evolempirecreative.com/wp-content/uploads/2016/03/empty-container-for-web.png> \_\_\_\_\_

## Permiso

### El permiso de un padre o guardián es necesario para el tratamiento dental de un menor.

Como padre o tutor de este paciente, autorizo y solicito el desempeño de los servicios dentales para este paciente por la Dr. Stark, Dr. Johnson, Dr. Egley Dr. Garcia, Dr. Wolf y su personal, según corresponda. Entiendo que la Dr. Stark, Dr. Johnson, Dr. Egley, Dr. Garcia, Dr. Wolf y su personal usarán radiografias digitales, diagnósticos y técnicas de manejo del paciente que sean razonables, necesarias y recomendables. He dado un informe preciso de la historia de este paciente de la salud fisica y mental. También he reportado cualquier reacción alérgica o inusual previa a medicinas, látex, alimentos, o metales y cualquier otra enfermedad o condición. Estoy de acuerdo en informar a la Dr. Stark, Dr. Johnson, Dr. Egley, Dr. Garcia, Dr. Wolf y a su personal de cualquier cambio en el historial médico. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por escrito.

## Autorización Financiera

### Favor de indicar la manera que desea manejar su cuenta.

- No tengo aseguranza dental. Pagaré en efectivo, cheque, VISA, MasterCard, Discover, el día de la cita con un 5% de descuento de cortesía.
- Tengo aseguranza dental y pagaré mi parte proporcional del total de cargos en el día de la cita.
- Tengo aseguranza de Medicaid/MONA.
- Voy a pagar con la financiación de terceros a traves de care credit.

Acepto la responsabilidad financiera de este niño. Autorizo la divulgación de cualquier información dental necesaria para procesar este reclamación y todos las reclamaciones futuras. Autorizo pagos de suguro directamente a Lincoln Pediatric Dentistry. Comprendo completamente que soy el único responsable de cualquier balance no pagado por la compañía de seguros. Seré responsable de reportar cualquier cambio en la cobertura de seguro dental de mi hijo. Yo seré responsable de cualquier honorario astrasado en mi cuenta.

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco al niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Informacion Del Guardián

Nombre \_\_\_\_\_ Genero M F  
Nombre Segundo Nombre Apellido Relación al paciente  
 Casado(a)  Soltero(a)  Otro Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Genero M F  
Nombre Segundo Nombre Apellido Relación al paciente  
 Casado(a)  Soltero(a)  Otro Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

### Información de un contacto local para emergencias (no padres/guardian)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco al niño \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Compañía de Seguro Dental Primaria

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
Compañía aseguradora \_\_\_\_\_  
Teléfono de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_  
# de identificación \_\_\_\_\_  
# de grupo/póliza \_\_\_\_\_

### Compañía de Seguro Dental Secundaria

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
Compañía aseguradora \_\_\_\_\_  
Teléfono de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_  
# de identificación \_\_\_\_\_  
# de grupo/póliza \_\_\_\_\_

### Seguro de Medicaid

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ I.D.# \_\_\_\_\_

#### Las referencias son importantes para nosotros, a quien debemos agradecer por referirlo (a) a nuestra oficina?

Familia  Amigo  Doctor  Dentista

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



HEIDI J. STARK, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
LIBBY A. JOHNSON, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
EMILY J. EGLEY, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
KATIE J. GARCIA, DDS  
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry  
ALLIE L. WOLF, DDS

**Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud,  
Autorización limitada y forma de liberación**

Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse puede ser que no se permita procesar sus reclamos de seguros.

- Al proporcionar direcciones de correo electrónico y números de teléfono celular, estoy de acuerdo en ser contactado por correo electrónico y mensaje de texto para confirmar las citas/programar citas y presentar la información del seguro/facturación. Métodos adicionales pueden incluir: teléfono de casa, teléfono del trabajo, y cualquier correo de voz. Si ninguno de estos métodos está disponible, entiendo que las copias en papel pueden ser enviadas por correo a mi dirección de casa.
- Estoy de acuerdo que la información de salud de mi hijo puede ser transmitida electrónicamente a cualquier persona involucrada en su cuidado médico/dental o para el pago de su cuidado médico/dental.

POR FAVOR INDICAR LOS DEMÁS PARTIDOS QUE PUEDAN TRAER A SUS HIJOS A SUS CITAS Y PUEDAN TENER ACCESO A SU INFORMACION DE SADUD. (Esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador). DEBE TENER 19 AÑOS O MÁS.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El que suscribe reconoce la recepción o la comprensión del aviso actualmente vigente de las prácticas de privacidad de este centro du salud. Una copia de esta firmado, fechado documento deberá ser tan eficaz como el original.

**\*\*Mi firma también servirá como un documento de información de la versión de la salud publica debería yo en el futuro solicitar tratamiento o radiografías ser enviados a otros doctores/instalaciones \*\***

Por favor escribe el nombre del padre o tutor

Por favor escribe el nombre del paciente(s)

Firma del padre/tutor

Relación al paciente

Fecha

**Solo uso de oficina**

Se intentó obtener la firma del padre/tutor en este reconocimiento pero no lo hizo porque:

Una situación de emergencia impidió consentimiento \_\_\_\_\_

Barrera de comunicación con el paciente \_\_\_\_\_

Individuo se negó a firmar \_\_\_\_\_

Otro (descubrir) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de Lincoln Pediatric Dentistry



## HEIDI J. STARK, D.D.S.

Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry

I am a native of Lincoln and received my Doctor of Dental Surgery degree from the UNMC College of Dentistry. I completed my Pediatric Dental Residency at Children's Hospital of Northwestern University in Chicago. I have been elected a Fellow of the International College of Dentists and American College of Dentists. I served as a board member for the Lincoln Lancaster County Health Department. I am on health advisory committees for Excite and Headstart.



## LIBBY A. JOHNSON, D.D.S.

Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry

I grew up in Sioux Falls, South Dakota and knew early on that I wanted to attend UNL and be a Husker! I attended dental school at the UNMC College of Dentistry where I received my Doctor of Dental Surgery degree. I finished my Pediatric Dental Residency program at UNMC in Omaha. I served as a delegate for the Nebraska Dental Association.



## EMILY J. EGLEY, D.D.S.

Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry

I am originally from Blue Springs, Missouri, and came to Lincoln to attend UNL. I graduated with my Doctor of Dental Surgery degree from the UNMC College of Dentistry and then completed my Pediatric Dental Residency at UNMC in Omaha. I serve as a delegate for the Nebraska Dental Association.



## KATIE GARCIA, D.D.S.

Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry

I grew up in Lincoln and graduated from UNL. I received my Doctor of Dental Surgery degree from the UNMC College of Dentistry. I completed a General Practice Residency at Peninsula Hospital in Queens, New York, and then a Pediatric Dental Residency at Children's Hospital of Northwestern University in Chicago. I am president elect of the Lincoln District Dental Association.



## ALLIE L. WOLF, D.D.S.

I was born and raised in Omaha and attended Texas A&M University for college. I attended dental school at UNMC College of Dentistry and went on to complete my Pediatric Dental Residency at Children's Hospital in Omaha. I served as chief resident my second year of residency.

\*All five dentists are members of the American Academy of Pediatric Dentistry, American Dental Association, Lincoln District Dental Association, and Nebraska Dental Association. Each one volunteers at Clinic with a Heart and other community organizations.

# LINCOLN PEDIATRIC DENTISTRY

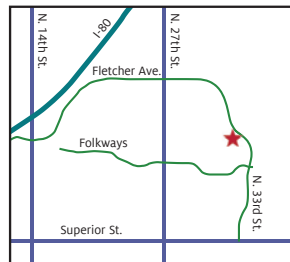
Heidi J. Stark, D.D.S. • Libby A. Johnson, D.D.S. • Emily J. Egley, D.D.S.  
Katie J. Garcia, D.D.S. • Allie L. Wolf, D.D.S.



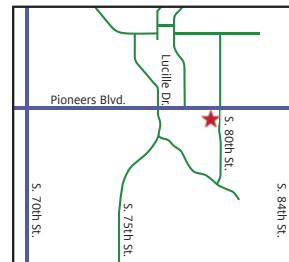
NORTH LOCATION – 3272 SALT CREEK CIRCLE



SOUTHEAST LOCATION – 4301 S. 80TH ST.



**North Office**  
3272 Salt Creek Circle  
Lincoln, NE 68504  
ph. 402-476-1500  
fx. 402-476-1510



**Southeast Office**  
4301 S. 80th St.  
Lincoln, NE 68516  
ph. 402-476-4301  
fx. 402-476-4305

# WE MAKE BEAUTIFUL SMILES



# LINCOLN PEDIATRIC DENTISTRY



For more information about our doctors, visit [www.lincolnpediatricdentistry.com](http://www.lincolnpediatricdentistry.com)

[LincolnPediatricDentistry.com](http://LincolnPediatricDentistry.com)



## WELCOME TO OUR PRACTICE

We are pleased that you have chosen our office to provide dental care for your child. Our goal is to help your child achieve a healthy smile and remain cavity free. We want to educate you and your child so that he/she will grow up having a positive dental experience that can be passed on to family and friends.

Our office is specially designed to treat infants, children, teenagers, and patients with special needs. You will find that our staff is trained to understand the concerns and needs of children and their parents. We want your child to leave our office feeling good about the experience and understanding the importance of good oral hygiene. We are confident you will find Dr. Heidi, Dr. Libby, Dr. Emily, Dr. Katie, Dr. Allie and our staff to be caring, competent, and gentle. We are always willing to answer any of your questions or concerns.

## TIPS FOR A POSITIVE DENTAL EXPERIENCE

- **Schedule 1st visit by age 1.**
- **Schedule morning appointments for young children, when they tend to be rested and cooperative.**
- **Use simple and positive words.**
- **Never use the dentist as a threat.**
- **Please keep your anxiety to yourself.**
- **Do not bribe your child to come to the dentist.**

## WHAT TO EXPECT AT YOUR CHILD'S FIRST VISIT

Your child's first dental visit will include a medical history review and a thorough dental exam. The dental exam will be an evaluation of the teeth and gums, a head and neck exam, and a preliminary orthodontic evaluation.

Your child will receive a cleaning and fluoride treatment. Digital x-rays may be taken based on the child's needs. Our dentists will develop a diagnosis and treatment plan and will discuss the findings with you at the end of the appointment.

We find by age 3 most children like to come back to the treatment area by themselves and enjoy their independence. We encourage this, as we continue to develop a relationship with your child. We spend time talking with them and showing them photos of cavities, plaque, dental floss and healthy teeth. We also teach them how to brush with adult supervision at our child size brushing stations.

## FINANCIAL POLICY

Payment is due at the time dental services are provided. As a courtesy, we will bill your insurance company for their portion. We accept cash, checks, Visa, MasterCard or Discover.

An alternative, CareCredit, is a healthcare credit system which allows interest free payments for up to one year. Applications are available online at [www.carecredit.com](http://www.carecredit.com), or from our financial coordinator.

Our office is in network with Aetna, Ameritas, Blue Cross Blue Shield of NE, Careington, Cigna, Delta Dental of NE, Dental Health Alliance, Guardian, Metlife, Principal, Standard, Sunlife, United Concordia, and United Healthcare dental insurances. There may be certain plans under these insurance companies that we do not participate with. For verification please check with your insurance company directly.

**LINCOLN PEDIATRIC DENTISTRY** 

[LincolnPediatricDentistry.com](http://LincolnPediatricDentistry.com)

