



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ M F
Apellido Primer Segundo (inicial) Preferido

Dirrección (Casa): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Escuela: _____ Ciudad de Escuela: _____ Grado: _____

HISTORIA MÉDICA

Medico: _____ Teléfono: _____ Última Visita (Fecha): _____

Está el paciente bajo cuidado médico fuera de la rutina? _____

Liste todos los medicamentos: _____

Liste todas las alergias: _____

Liste cualquier hospitalización (cuándo y por qué): _____

Verifique todas las condiciones que aplican (si ninguno, marque "NINGUNO" en la última columna).

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado Anormales | <input type="checkbox"/> Labio Leporino / Paladar Hendido | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición / Sordera | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Condición Craneofacial | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herpes/Ampollas de Fiebre | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma / Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Célula Falciforme |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas / Alcohol | <input type="checkbox"/> Endocarditis Infecciosa | <input type="checkbox"/> Problemas de Habla |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cerebro / Lesión Espinal | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro | <input type="checkbox"/> Trastorno de Visión / Ciego |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Trastorno Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Discapacidad Mental | <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Trastorno Ortopédico | |

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre paciente (condiciones emocionales, conductuales, etc. en la naturaleza)?

HISTORIA DENTAL

¿Es la primera visita dental del paciente? Si no, responde abajo. Sí No Sí no, fue buena la experiencia? Sí No

Último Dentista: _____ Última Visita: _____ Última Radiografías: _____

Liste todos los hábitos orales que se aplican.

¿El paciente actualmente tiene dolor? Sí No

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apretón de Mandíbula | <input type="checkbox"/> Mordiendo las Uñas | <input type="checkbox"/> Rectificado de Dientes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mordedura de Labios / Mejillas | <input type="checkbox"/> Enfermería / Botella | <input type="checkbox"/> Empuje de Lengua | _____ |
| <input type="checkbox"/> Respiración por Boca | <input type="checkbox"/> Uso de Chupete | <input type="checkbox"/> Chuparse Pulgar / Dedo | _____ |

¿Con qué frecuencia se cepilla? 1x / día 2x / día Otro: _____ todo solo con ayuda de adulto

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? 0x / día 1x / día Otro: _____ todo solo con ayuda de adulto

¿Algún uso de fluoruro? Pasta Dental Tabletas Enjuague Bucal Agua Gotas

FIRMA

La información que he dado es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si yo doy información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo, y que es mi responsabilidad de notificar cualquier cambio a la oficina.

Firma del Padre / Guardián Legal: _____ Firma del Dr: _____



Nombre (Pac): _____ Fecha de Nac: _____ Fecha (Hoy): _____
Apellido Primer

INFORMACIÓN DE PADRE 1 [] Madre [] Padre [] Biológico [] Madrastra / Padrastro [] Adoptado [] Otro

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ Años: _____ [] M [] F
Apellido Primer Segundo (inicial)

Dirrección (Casa): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Cel: _____ Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Empleador Tel: _____ Ocupación: _____

Dirrección (Empleador): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

INFORMACIÓN DE PADRE 2 [] Madre [] Padre [] Biológico [] Madrastra / Padrastro [] Adoptado [] Otro

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ Años: _____ [] M [] F
Apellido Primer Segundo (inicial)

Dirrección (Casa): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Cel: _____ Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Empleador Tel: _____ Ocupación: _____

Dirrección (Empleador): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

INFORMACIÓN ADICIONAL

Estado Civil de Padres: [] Casado [] Asociado [] Separado [] Divorciado [] Vuelto a Casar [] Soltero [] Viudo

Contacto Emergencia: _____ Relación: _____ Tel: _____
No puede ser un padre Relación con paciente

¿A quién debemos enviar recordatorios de citas por correo electrónico? [] Padre 1 [] Padre 2 [] Otro: _____

¿A quién debemos mandar las confirmaciones de citas? [] Padre 1 [] Padre 2 [] Otro: _____

¿Podemos enviarle boletines trimestrales sobre nuestras promociones? [] Sí [] No

Si arriba es sí, de quién es el correo electrónico? [] Padre 1 [] Padre 2 [] Otro: _____

SEGURO DENTAL

[] Marque aquí si no hay seguro

Nombre de Seguro Primaria: _____ Teléfono de Seguro: _____

Tenedor de Póliza: _____ SS #: _____ Fecha de Nac: _____

ID de Tenedor de Póliza: _____ Grupo # (si alguna): _____

Nombre de Seguro Primaria: _____ Teléfono de Seguro: _____

Tenedor de Póliza: _____ SS: _____ Fec de Nac: _____

ID de Tenedor de Póliza: _____ Grupo # (si alguna): _____

FIRMA

La información que he dado es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si yo doy información incorrecta puede causar que mi aseguranza niegue reclamos, y que es mi responsabilidad de notificar cualquier cambio a la oficina.

Firma del Padre / Guardián Legal: _____ Imprimir : _____



Nombre (Pac): _____ Fecha de Nac: _____ Fecha (Hoy): _____
Apellido Primer

¿COMO SUPISTE DE NOSOTROS?

- Google Yelp Directorio de Seguros Escuela / Guardería: _____
 Facebook Direct Mail Amigo / Familia: _____ Other: _____

PROCEDIMIENTOS DENTALES

Decir-Mostrar-Hacer: Si el paciente está ansioso, le explicaremos a el o ella lo que vamos estar haciendo usando palabras simples y repetición. Luego, demostraremos lo que vamos hacer usando instrumentos en un modelo o en el dedo del paciente o dentista. Para terminar, el procedimiento es hecho en la boca del paciente como fue descrito.

Reforzamiento Positivo : El comportamiento será guiado con reforzamiento positivo. Usamos varios tonos y voz alta. Premiamos comportamiento que es deseado. Los premios incluyen halago, un premio, o una palmadita en la espalda.

Limpiezas Rutinarias: Citas de limpieza para niños de 3 años y mayores consisten de rayos-x, examen, pulido coronal, y aplicación de fluoruro. Para niños menores de 3 años, consisten de un examen, limpieza, y la aplicación de fluoruro.

Planeo para Tratamiento: El plan de tratamiento es hecho el mismo día del último examen. A Veces el tratamiento original pueda cambiar. Esto pueda ocurrir porque la boca del niño/niña se está formando todavía y en el proceso de las visitas de tratamiento podemos ver algún cambio y necesite ser modificado o diferente del plan original.

Secuencia del Tratamiento: Si varias citas son necesarias para completar el tratamiento, basado al juicio profesional de nuestros doctores ellos pondrán el tiempo de la secuencia. Dependiendo la edad del niño/niña, normalmente tratamos un cuadrante por visita. Haciendo más de un cuadrante por visita puede causar angustia y trauma psicológico. La secuencia del tratamiento pueda desviarse del plan original si una emergencia se presenta (ejemplo: infección).

Efectos Secundarios: Entumecimiento prolongado, náusea, hematomas en la boca debido a la anestesia local pueden ser efectos secundarios después de un tratamiento.

Óxido Nitroso: Administración del óxido nitroso(el gas de la risa) durante tratamiento es seguro y práctica común en un dentista pediátrico. El óxido nitroso típicamente produce un sentimiento agradable que ayuda al paciente quedarse relajado y calmado, cual es esencial por los instrumentos rápidos que usamos para remover toda la caria.

Sedación IV: Los tratamientos usualmente requiere instrumentos rápidos, y no pueden ser seguros con comportamiento difícil. Por esta razón, recomendamos la sedación IV cuando el tratamiento es extensivo o el comportamiento no es ideal. No realizaremos ningún tratamiento sin sedación IV si determinamos que no es seguro.

PÓLIZAS DE LA OFICINA

Cancelaciones / Reprogramar: Entendemos la necesidad de cancelar o reprogramar. Pero, Nuestra misión es asegurar el bienestar dental de nuestros pacientes. Cuando una cita es olvidada, la oportunidad para otro paciente que tiene una emergencia o cuidado es perdida. Por esta razón, requerimos **24 horas preaviso** a través de teléfono o correo electrónico para cancelar o reprogramar y dárselo a otro paciente que lo necesite. Operadores en vivo están disponibles fuera de las horas de la oficina para responder a su llamada.

Corto plazo / Ausente: Si menos de 24 horas de preaviso es dada para cancelar o cambiar (corto plazo), o una cita es perdida sin ningún aviso, su cuenta tendrá uno de estos estatus.

- Primer Corto Plazo / Ausente: Restricción (nada más citas en la mañana, no más 2 pacientes a la vez por día)
- Segundo Corto Plazo / Ausente: En Espera (citas se ofrecerán cuando sean disponibles 1-2 días antes)
- Tercer Corto Plazo / Ausente: Un Posible Despido

Consideraciones serán hechas en emergencias, al menos que sean frecuentes. Una restricción o espera puede ser borrada con un cobro de \$25 o \$50, o con 12 meses o 24 meses de perfecta asistencia.

Llegada Tarde: Llegando tarde a una cita por 15 minutos o más son consideradas como ausentes. Esto pueda resultar en tener que cambiar su cita para no correr encima del tiempo del siguiente paciente. Cualquier tardanza pueda acortar el tiempo de preguntas con el dentista después del examen. Pero tiene la opción de que el doctor le llame al final del día para preguntas.

Iniciales de Padre/ Guardián: _____



Nombre (Pac): _____ Fecha de Nac: _____ Fecha (Hoy): _____
Apellido Primer

PÓLIZAS DE LA OFICINA (continuó)

Pago: Todos los servicios dados son debidos el día del servicio, al menos que algún otro arreglo se haya hecho. Dino-mite Kids Dental verificará y mandará a cobrar a su aseguranza como cortesía, pero el paciente o el fiante del paciente son responsables por todos los costos, sin importar la cobertura de la aseguranza.

Recordatorios: Para ayudar a planear, mandamos un correo electrónico de su cita hasta 3 semanas antes.

Confirmación: Confirmaciones de su cita es muy importante de la relación de paciente y doctor. Le pedimos que confirme su cita a través de texto 2-3 días antes de su cita. Si no obtenemos una respuesta, le llamaremos 1 día antes. Dedicamos mucho de nuestro tiempo para preparar para esta cita, incluyendo verificando la cobertura de su aseguranza y el tiempo con nuestro personal y doctor. En cambio, le pedimos un minuto de su tiempo para confirmar su cita.

Citas Abortadas: Nosotros entendemos que las visitas pueden ser aterradoras para niños pequeños, entonces estamos contentos en mover su cita si el comportamiento del niño/niña lo requiere la primera vez. Por Favor entienda que cualquier futura cita que sea abortada habrá un cobro de \$25.

Representantes Autorizados: Si el paciente es menor de 18 de edad, por lo menos un padre o guardián legal tiene que estar presente durante toda la primera visita con Dino-mite Kids Dental. Padres o guardián legal después pueden asignar otro adulto de 18 años o mayor como representantes autorizados para futuras citas. A los representantes autorizados les preguntaremos por un I.D. de foto de gobierno al venir. Si usted necesita que un representante autorizado venga en el futuro, por favor llene la página 5.

Tratamiento: Padres, guardianes legales, o representantes autorizados se les requiere que estén en la oficina hasta que el doctor de luz libre. En el evento de un cambio de emergencia de tratamiento, necesitamos que el padre, guardián legal, o representante autorizado esté presente para aprobar el cambio.

Estimados: Todo nuestro esfuerzo será para proveer le al niño/niña el mejor plan de tratamiento que se acomoda a su presupuesto y tiempo. Le podemos preparar estimados de tratamiento en advance y pre autorizar tratamiento con su aseguranza si es necesario. Sin embargo, todos los precios dados son estimados solamente y no cobertura garantizada.

Fotos: Nosotros tomamos fotos de los dientes y cara de los pacientes para el uso de oficina. Por ejemplo, el perfil de la cuenta, requisitos de la aseguranza, publicaciones del ganador del concurso en la media social, artículos, y lecciones.

Modo de Comportarse: Nos esforzamos en crear un ambiente de respeto y doctores, personal, y pacientes con cortesía. Cualquier enemistad, agresión, o acoso hacia doctor, personal o pacientes resultará en despido de la oficina.

Cambios de Póliza: Reservamos el derecho de modificar y/o agregar pólizas de oficina en cualquier tiempo, a nuestra discreción, y sin ninguna notificación. Pondremos una notificación de cambios en oficina que estará disponible a pedido.

CONSENTIMIENTO

Iniziando abajo, reconozco que comprendo y doy derecho a lo siguiente.

_____ **Autorización:** Yo autorizo que Dino-mite Kids Dental realice examen, limpiezas, aplicación de fluoruro, radiografías (rayo-x) y otras formas de ayuda para hacer diagnósticos profundo para determinar la necesidades dentales de mi hijo/hija. También autorizó que Dino-mite Kids Dental provea todo el tratamiento, medicación, y terapia en la oficia y con acuerdo mutuo por mi.

_____ **Financiero:** Yo asumo toda responsabilidad financiera de servicios dentales, medicaciones y productos proveídos para mi hijo/hija. Entiendo que el pago es esperado el día que el servicio, medicación y producto es dado. En el evento que el pago no sea recibido en el tiempo acordado, entiendo que mi cuenta pueda ser llevado a colecciones y la cuenta en la oficina sea desactivada. Yo autorizo que mi aseguranza le pague directamente a Dino-mite Kids Dental cuando sea posible. Entiendo que talvez mi aseguranza pague menos que la cuenta, pero ultimadamente yo soy responsable del pago del servicio hacia el paciente.

_____ **Demorando Tratamiento:** Yo entiendo que demorando o posponiendo tratamiento puede empeorar problemas dentales y formando una situación emergente incluyendo infección, dolor, formación de absceso, fiebre, problemas en dientes permanentes, o problemas dentales de largo plazo.



Nombre (Pac): _____ Fecha de Nac: _____ Fecha (Hoy): _____
Apellido Primer

CONSENTIMIENTO (continuó)

- Pólizas y Procedimientos: Yo entiendo y estoy de acuerdo con las pólizas y procedimientos de esta oficina.
Facturación del Seguro: Yo autorizo que Dino-mite Kids Dental que mande reclamaciones para mi y cualquier información a pagadores de tercer lugar para propósitos de reembolsos de seguridad.
Comunicación de Citas: Yo entiendo la importancia de los recordatorios vía correo electrónico o textos, y que tengo la opción marcando abajo de no recibir ningún recordatorio aunque no es recomendado.
Confidencialidad: Excluyendo pagadores de tercer lugar, yo entiendo que la oficina no puedo dar ninguna información del paciente a nadie solamente al paciente or guardianes legales almenos que yo provea a la oficina una carta en estricto acuerdo al Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).
Dental Materials: Yo entiendo que esto está separado y que puedo pedir una copia.

REPRESENTANTES AUTORIZADOS APARTE DE PADRES/GUARDIANES

Excepto por la primera cita, los padres o tutores legales pueden designar a otro adulto de 18 años o más como su representante autorizado para traer pacientes menores a sus citas. Se requiere una identificación con foto emitida por el gobierno al momento de la revisa. Si espera necesitar un representante autorizado en el futuro, complete lo siguiente.

Representante 1: _____ Fecha de Nac: _____
Representante 2: _____ Fecha de Nac: _____
Representante 3: _____ Fecha de Nac: _____
Includes fields for relationship, privileges, and duration of authorization for each representative.

Firmando abajo, yo autorizo a Dino-mite Kids Dental que examine o trate al menor acompañado con la persona o personas mencionadas arriba. La persona(s) mencionadas arriba pueden recibir información de la salud de mi hijo/hija. También doy derecho a la persona(s) mencionadas arriba de hacer decisiones urgentes o serios en un evento que no se puedan comunicar conmigo, o en caso de emergencia cual no haya tiempo de recibir permiso mio. Yo entiendo que esta autorización es válida al menos que haya algo en escritura revocando, cual se puede hacer a cualquier tiempo.

Firma del Padre/ Guardián Legal: _____ Imprimir: _____