



Información del paciente

Nombre del paciente _____

M *Apellido* *Nombre* *Inicial*
 F Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Apodo _____ Hobbies _____

Casa Direccion _____

Calle # de Apto Ciudad Estado Código Postal

Direccion _____

Calle # de Apto Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa _____ Celular de madre _____ Celular de padre _____

Como supo de nosotros? _____

Email Address: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE LOS PADRES

Circule Uno:

Padre Padrastro Guardián

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____

Teléfono de casa _____

(Si difiere del anterior)

Teléfono de trabajo _____

(Si difiere del anterior)

Empleador _____

NSS: ____ - ____ - ____

Tiene cobertura de seguro dental para un menor de edad? SI NO

Circule Uno:

Madre Madrastra Guardián

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____

Teléfono de casa _____

(Si difiere del anterior)

Teléfono de trabajo _____

Si difiere del anterior)

Empleador _____

NSS: ____ - ____ - ____

Tiene cobertura de seguro dental para un menor de edad? SI NO

Seguro Primario

Seguro Secundario

Nombre del suscriptor: _____

NSS del suscriptor _____

Fechas de nacimiento: ____/____/____

Aseguradora: _____

Del grupo: _____

de póliza: _____

Nombre del suscriptor: _____

NSS del suscriptor _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Aseguradora: _____

del grupo: _____

de póliza: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

HISTORIA DENTAL

Ultima visita a un dentista ___/___/___ Ultima Limpieza ___/___/___ Últimos rayos X ___/___/___

Razón de buscar cuidado dental:

Primer examen chequeo de rutina Segunda opinión
 Dolor de diente o hinchazón accidente otro: _____

Usted tiene alguna duda o problema respecto a la salud dental de su hijo(a) que le gustaría abordar?

Su hijo(a) ha tenido alguna experiencia dental negativa? _____ Si es así, por favor explique

¿Cómo espera que su hijo(a) reaccione en la visita de hoy?

Excelente Bien Razonable Pobre no estoy seguro/a

Toma fluoruro en cualquier forma? Si No
 en vitaminas en agua gotas/tabletas enjuague/gel

Su hijo(a) se cepilla los dientes diariamente? Si No

Su hijo(a) utiliza el hilo dental diariamente? Si No

Ha tenido alguna lesión en la boca, dientes, o cabeza? Si No

Si es así, a qué edad? _____ Que dientes? _____ Tratamiento recibido? _____

Algún habito oral? Si No
 Se chupa el dedo morderse las unas Respirar por la boca
 Chupete Dormir con el biberón Otro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En el caso de una emergencia, a quién podemos llamar?

Nombre _____ Relación _____ # de teléfono (____) ____ - _____

Nombre _____ Relación _____ # de teléfono (____) ____ - _____

CONSENTIMIENTO DE FOTO

Yo _____, le doy consentimiento a Shaenfield Pediatric Dentistry que capture una imagen fotográfica de mi hijo(a) _____, para sus registros. Yo entiendo que Shaenfield Pediatric Dentistry personal tendrá acceso a su foto en el registro dental.

Firma del paciente/guardián _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo autorizo al la dentista y personal para realizar los procedimientos dentales necesarios: examen dental completo (chequeo), profilaxis (limpieza), tratamiento de fluoruro, radiografías (rayos X), los selladores, los modelos de estudio, y de otro tipo de diagnóstico / ayudas preventivas que se consideren necesarias por la dentista y su equipo para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales de mi hijo(a).

Yo autorizo a la dentista y personal para proporcionar cualquier información a otros doctores (médicos, dentistas, etc) con el propósito de la consulta. Entiendo que antes de proporcionar cualquier tratamiento que se le informará acerca de dicho tratamiento, que puede hacer preguntas sobre el tratamiento, y que puede revocar Antes que el tratamiento se proporciona. Procedimientos será divulgada con usted antes de cualquier tratamiento dental. Como padre / tutor legal del paciente, yo otorgo el dentista y el permiso del personal para llevar a cabo cualquier tratamiento necesario (s).

Firma del Paciente/Guardián _____ Fecha: ___/___/___

AUTORIZACIONES CITA

Para citas en el futuro, si usted está planeando enviar a su hijo(a) con alguien que no sea un padre / tutor legal, deberá proporcionar la siguiente información (debe ser 18 años o más):

Nombre de la persona autorizada(s) para acompañar a mi hijo(a) para las visitas futuras de tratamiento:

1. NOMBRE: _____ Relación al niño(a): _____
2. NOMBRE: _____ Relación al niño(a): _____

ACUERDO FINANCIAL

- El seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, nuestra relación es con usted, no la compañía de seguros. Nos presenta su reclamo de seguro como una cortesía para que.
- Todos los gastos incurridos se imputan directamente a usted y usted es personalmente responsable del pago. Los deducibles y los co-pagos son debidos en el momento del tratamiento.
Estimamos que su co-pagos de acuerdo a su política. Nosotros no garantizamos en modo alguno que su seguro pagará esta cantidad.
- Si la compañía de seguros no paga dentro de 60 días, se requiere que usted pague el saldo adeudado.
- Su tarjeta de seguro debe ser presentado en cada visita. Si no hay una tarjeta de seguro, el pago (efectivo, cheque o tarjeta de crédito) se espera que en el momento del servicio
- Yo autorizo el pago directamente a Shaenfield Pediatric Dentistry, el seguro de beneficios de otro modo pagadero a mí, y autoriza la divulgación de cualquier información requerida para procesar reclamaciones de seguros.

Firma del paciente/guardián _____ Fecha: ___/___/___

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

Yo, _____ ha revisado una copia de Shaenfield Pediatric Dentistry aviso de
(Nombre de padre o tutor legal)

practicas de pe privacidad en cuanto a mi hijo/hija de _____
(Nombre del paciente)

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

Uso de la Oficina: ___ Paciente se negó firmar ___ Situacion de emergencia nos impidió la obtención ___ Orto

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Fecha:** ___/___/___

POLITICA DE CITA

Nos reservamos tiempo en nuestro programa especial para su hijo, y en consideración a otros solicitamos al menos 48 horas de anticipación antes de la cancelación de citas. Entendemos que hay circunstancias que pueden impedir que mantener la cita de su hijo, sin embargo, con la que nos proporciona la mayor anticipación posible, podemos ser capaces de ponerse en contacto con otra familia que le gustaría que la hora de la cita. Citas de la tarde se llenan rápidamente, y la cancelación con menos de 48 horas de antelación no nos dan tiempo suficiente para programar otra paciente que necesita tratamiento. Después de la segunda cita perdida, se le pedirá que pagar por adelantado para el nombramiento de su hijo antes de que reservar tiempo en nuestro horario. Se pidió a los pacientes que se están ejecutando tarde para llamar a la oficina tan pronto como sea posible para verificar con el personal si todavía será capaz de mantener su cita. Además, las cancelaciones no se aceptan si se deja en el contestador y la cita no se tendrán en cuenta cancelada a menos que llamar en horario de oficina y hablar con uno de nuestros coordinadores de programación.

Los pacientes pueden tener sus citas reprogramadas si son más de 10 minutos tarde a su cita en la consideración para otros pacientes.

Citas canceladas con menos de 48 horas de antelación en una fiesta de la escuela, un tiempo después de la escuela, o el sábado no serán reprogramados en otra fiesta de la escuela, el sábado a partir del tiempo de la cita escolar, ya que son nuestras citas más populares.

Agradecemos mucho su cooperación en ayudarnos a ofrecerle un excelente cuidado de su familia. Por favor firme abajo que ha leído y acepta la información anterior proporcionada a usted. Nosotros le proporcionaremos una copia para sus archivos.

Firma del Paciente/Guardián _____ **Fecha:** ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Pediatra del paciente _____ Ciudad/Estado _____ Telefono _____

Fecha de examen físico _____ Vacunación actualizadas SI NO

Condición medica actual _____

Liste a otros especialistas que su hijo esta viendo: _____

Medicamento	A que?	Porque?	Cuando?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Liste de alergias (LATEX, COMIDA, PINTURAS, MATERIALES, etc) _____

	SI	NO	
Su hijo(a) tiene cardiopatía congénita?	_____	_____	Es necesaria la profilaxis SBE? _____
Está recibiendo alguna medicación o drogas?	_____	_____	Lista Medicamentos _____
Su hijo(a) ha sido hospitalizado?	_____	_____	Por qué? _____
Ha tenido alguna vez una cirugía?	_____	_____	Lista cirugías _____
Hay sangrado excesivo cuando se corta?	_____	_____	Minusvalías/Discapacidad? _____

HA TENIDO ALGUNA VEZ HISTORIA DE O DIFICULTAD CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE LOS QUE APLICAN)

- | | | |
|--|---|--|
| <p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Complicaciones al nacer ___ Prematuro(a) ___ Paladar hendido ___ Enfermedades Hereditarias ___ Síndrome: _____ ___ Problemas de crecimiento o estatura ___ Embarazada <p>Cabeza, oídos, ojos, nariz, garganta</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Infecciones crónicas de garganta ___ Infecciones crónicas de oídos ___ Problemas de oídos ___ Problemas de ojos ___ Problemas de sinusitis ___ Visual Imparmente ___ Sinusitis ___ Problemas de habla ___ Apnea/roncar ___ Mouth Breathing <p>Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Problemas de Corazon/cirugia ___ Soplo del Corazon ___ Alta/Baja Prestion ___ Fiebre Reumatica <p>Respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Asma Medicinas _____ Último Ataque _____ Hospitalizaciones _____ ___ Resfriado/Gripe Frecuentes ___ RSV ___ Tuberculosis ___ RSV ___ Problemas Respiratorios ___ Fibrosis Cística ___ Clagarrillo <p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Diabetes ___ Growth Delays ___ Problemas Hormonales ___ Precocious Puberty ___ Problemas Tiroides | <p>Piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Fuegos en la boca ___ Eccema (eczema) ___ Erupción/Ronchas ___ Condiciones dermatológicas ___ Cold/Sores <p>Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Desorden alimenticio ___ Ulceras ___ Nausea ___ Enfermedades del Reflujo ___ Hepatitis A B o C ___ Ictericia (Jaundice) ___ Problemas del Hígado ___ Problemas Intestinales ___ Diarrea Prolongada ___ Unintentional weight loss ___ Intolerancia a la lactosa ___ Restrictions' Dietetics <p>Genitourinario</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Infecciones de la vejiga ___ Infecciones del Riñón ___ Systemic Birth Control ___ Enfermedades de transmisión sexual <p>Musculo esquelético</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Artritis ___ Escoliosis ___ Bone/Joint Problems ___ Problemas de Huesos/Articulaciones ___ Problema al abrir la boca o masticar <p>Neurologico</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Desmayos ___ Mareos ___ Autismo ___ Desorden del Desarrollo ___ Problemas de Aprendizaje/Retrasos ___ Discapacidad Mental ___ Dáño Cerebral ___ Parálisis Cerebral ___ Convulsiones/Ataques/Epilepsia ___ Hidrocefalia/Derivaciones (Shunts) | <p>Psiquiátricos</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Problemas Psiquiátricos/Tratamiento ___ Hiperactividad/ADDH (ADHD) ___ Problemas Emocionales ___ Alcohol and chemical dependencia <p>Hematologico/Linfático/Immune</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Anemia ___ Desorden sanguíneo/enfermedad de sangre ___ Transfusiones de sangre ___ Sangrado Excesivo ___ Moretones Fácilmente ___ Hemofilia ___ Enfermedad de la Célula de Hoz ___ Cáncer-Tipo: _____ ___ Enfermedad Immune ___ Quimioterapia ___ Terapia de Radiación ___ Trasplanté Médula Ósea <p>Enfermedades Infecciosas</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Sarampión ___ Paperas ___ Rubéola ___ Varicela ___ Mononucleosis ___ Cytomegalovirus (CMV) ___ Whooping Cough ___ Scarlet Fever ___ SIDA/HIV <p>Historia Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Desorden Genéticos ___ Problemas con Anestesia General ___ Condiciones/enfermedades medicas graves <p>Preocupaciones Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Expuesto al humo de cigarrillo ___ Historia de drogas/abuso de alcohol ___ Objeción a tratamiento por razón religiosa <p>Other</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|---|--|

Mi firma indica que yo entendí y he contestado todas las preguntas en esta historia médica correctamente de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de algún cambio en el estado médico de mi hijo(a).

Firma de Padre/Apoderado legal: _____ Parentesco al Paciente: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO DE FOTO PARA FACEBOOK

_____ Doy permiso a Shaenfield Pediatric Dentistry para mostrar el nombre y la foto de mi hijo(a) en la oficina/facebook

_____ Doy permiso a Shaenfield Pediatric Dentistry para mostrar la foto de mi hijo(a) solamente en la oficina/facebook

_____ NO doy permiso a que la foto de mi hijo(a) sea mostrada en la oficina/facebook

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Padre/Tutor Legal: _____

Firma: _____ Date: _____