



INFORMACION del PACIENTE

Nombre Completo del Paciente: _____ Nombre Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Anos: _____ Sexo: ___ M ___ F

Con Quien Vive el Paciente? ___ Madre ___ Padre ___ Ambos Padres ___ Abuelos

___ Otro: _____

Direccion de envio: _____ Apartamento/Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Segura social del paciente #: _____ Escuela o guarderfa: _____

Pasatiempos / intereses del nino: _____

I, Son los hermanos pacientes tambien de Small Bites? Si es asf, por favor nombre: _____

PADRE/GUARDIAN INFORMACION

Nombre de pila: _____ Apellido: _____

Relacion hacfael nino: _____ Ocupacion/Empleador: _____

Direccion de envio: _____ Apartamento/Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono movil: _____ Correo electronico: _____

SEGURO/INFORMACION FINANCIERA

I, Quien es responsable del pago de la cuenta? _____

I_ Esta el paciente cubierto por algun seguro dental? ___ Si ___ No

Nombre de la companfa de seguros: _____ ID/numero de la poliza: _____

Nombre del titular de la poliza: _____ Relacion con el paciente: _____

Titular de la poliza Fecha de nacimiento: _____

Titular de la poliza de Segura Social: _____ Empleador: _____

Si tiene una polftica secundaria, comparta informacion a continuacion:

Nombre de la companfa de seguros: _____ ID/numero de la poliza: _____

Nombre del titular de la poliza: _____ Relacion con el paciente: _____

Titular de la poliza Fecha de nacimiento: _____

Titular de la poliza de Segura Social: _____ Empleador: _____



HISTORIAL MEDICO

Nombre del pediatra/medico del niño: _____ Fecha del ultimo examen: ___/ -
I, Su hijo esta siendo tratado por un medico en este momento? **Si** No Razon: _____
I, Su hijo esta tomando algun medicamento? **Si** No Nombre / Dosis/ Frecuencia: _____
I, Su hijo esta al día con las vacunas? **Si** No
I, Su hijo ha sido hospitalizado desde el nacimiento? **Si** No Razon: _____
I, Su hijo es alergico a algun medicamento? **Si** No Lista: _____

Lea por favor cada artículo cuidadosamente. Verifique las condiciones que se aplican a su hijo.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo mental |
| <input type="checkbox"/> Las reacciones adversas a medicamentos | <input type="checkbox"/> Cirugía de oído y / o amígdalas | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo físico |
| <input type="checkbox"/> SIDANIH | <input type="checkbox"/> Endocrino/ problemas de crecimiento | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Desórdenes psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Válvula / tubo artificial | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia / desmayos |
| <input type="checkbox"/> Asma o problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Estado cardíaco / murmullo | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Lesiones significativas |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / baja | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño / ronquido |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/ tumores | <input type="checkbox"/> Urticaria/ erupción cutánea / problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Trastornos del habla |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento congénitos | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Desórdenes mentales | |

HISTORIA DENTAL

I, Es la primera visita de su hijo al dentista? **Si** No
En caso negativo, indique la fecha y el tratamiento recibido: _____
I, Han tomado radiografías dentales? **Si** No
I, Su hijo ha experimentado alguna reacción desfavorable durante el tratamiento dental anterior? **Si** No
En caso afirmativo, describa: _____
I, Su hijo tiene algún dolor dental hoy y / o tiene alguna preocupación? **No** Si: _____
I, Con qué frecuencia se cepillan los dientes de su hijo? _____ Pasta dental con fluor: Si No
I, Usa hilo dental su hijo? **No** Si, frecuencia: _____
Por quien: _____
I, Cual es la fuente del agua potable de su hijo? _____ Agua pública _____ Agua de pozo
I, Alguno de los padres usaba aparatos de ortodoncia? _____



(continuado)

HISTORIA DENTAL continuado

Lea por favor cada artículo cuidadosamente. Verifique las condiciones que se aplican a su hijo.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Muerde las unas | <input type="checkbox"/> Ampollas de fiebre |
| <input type="checkbox"/> Cierra los dientes | <input type="checkbox"/> Respira por la boca | <input type="checkbox"/> Ulceras en la boca |
| <input type="checkbox"/> Chupa el dedo o el pulgar | <input type="checkbox"/> Duerme con biberon | <input type="checkbox"/> Lesion a los dientes, la boca, las mandibulas o la cara, describir: _____ |
| <input type="checkbox"/> Usa el chupon | <input type="checkbox"/> Truena la quijada | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerde o chupa el labio | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandibula o sensibilidad | _____ |

¿Su niño toma un biberon? ___ Si ___ No
Si no, ¿a que edad le quito el biberon? _____

RECOMENDACIONES DE EXAMEN

Damos la bienvenida a los padres/ tutores para que se unan a sus hijos para recibir tratamiento.

Sin embargo, le recomendamos que permita que su hijo acompañe a nuestro personal de manera independiente (a menos que tengan menos de dos años o si tienen necesidades especiales o impedimentos físicos). Por lo general, podemos establecer una relación más cercana con su hijo cuando usted no está presente. Nuestro propósito es ganar la confianza de su hijo y superar la aprensión.

PREFERENCIA DE COMUNICACION

Nos gusta confirmar las citas con los padres / tutores de antemano. Por favor, háganos saber su método preferido de comunicación:

_____ Mensaje de texto, Numero de telefono: (___) _____

_____ Llamada telefonica, Numero de telefono: (___) _____

Correo Electronico, Direccion: _____

CONSENTIMIENTO

Por favor escriba abajo para cada uno:

___ Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

___ Por la presente autorizo al dentista o a los auxiliares dentales bajo supervisión, a realizar cualquier tratamiento dental necesario sobre mi niño / niños enumerados arriba, incluyendo, pero no limitado a, el uso de rayos X, fluoruro t6pico, anestésico local y óxido nítrico. Permitire que se tomen fotografías de los dientes de mi hijo o de mi hijo con fines de diagnóstico o educación.

___ (Opcional) Consiento que la foto de mi hijo sea tomada y publicada como parte de las redes sociales en línea incluyendo, pero no limitado a: el sitio web de la oficina y el blog; Instagram y Facebook (opcional)

Firma del Padre/ Tutor: _____

Relacion con el paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Doy mi consentimiento para que Tooth Be Pediatric Dentistry use y divulgue informacion protegida de salud (**PHI**) sobre mf y / o mi niiio / niiios para llevar a cabo el tratamiento y las transacciones financieras con respecto a mi cuenta. Hay una descripcion mas completa de tales usos disponibles bajo peticion. Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Small Bites Pediatric Dentistry se reserva el derecho de revisar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momenta.

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo con el uso de Tooth Be Told Pediatric Dentistry y la divulgacion de la **PHI** de mi hijo / para llevar a cabo recordatorios de citas, artfculos de seguros, transacciones de cuentas e informacion y cualquier llamada / correo electronico / fax relacionado con el cuidado dental de mi hijo /. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la practica ya haya hecho revelaciones basadas en mi consentimiento previo. Si no firma este consentimiento o lo revoca mas tarde, Small Bites Pediatric Dentistry puede negarse a proporcionarle tratamiento a usted o a su hijo.

Nombre de su (s) hijo (s): _____

Firma del padre /tutor: _____ Relacion: _____

Fecha: _____

ACUERDO FINANCIERO

Pago: El pago total se debe en el momenta de los servicios a menos que se hayan hecho acuerdos financieros previos. Ofrecemos varias opciones de pago incluyendo: efectivo, cheque, tarjetas de debito, Visa, MasterCard, American Express y Discovery. Hay un cargo de \$ 40.00 por cheques devueltos.

Seguro: Nuestra oficina esta comprometida a ayudar a los pacientes a maximizar sus beneficios. Dado que las p61izas de seguros varfan mucho, podemos estimar su cobertura de buena fe, pero no podemos garantizarla. Como un servicio a todos nuestros pacientes, estaremos encantados de manejar todas las solicitudes de reclamos y seguimiento en su nombre.

Empastes: Nuestro material dental de elecci6n es un relleno blanco (resina compuesta). Tenga en cuenta que su seguro puede no pagar por un relleno de resina al mismo nivel que un relleno de "p lata " (amalgama). Usted es responsable de la diferencia en el costo. En algunos casos, el dentista puede recomendar una corona de plata (corona de acero inoxidable) en lugar de un relleno de resina compuesta blanca si una carie o defecto es demasia- do grande para un relleno.

6xido nitroso: El 6xido nitroso o "gas de la risa " es un calmante suave y reversible muy seguro y reversible utiliza- do habitualmente en Odontologfa Pediatrica. El 6xido nitroso no suele estar cubierto por el seguro dental. Le agradecemos su pago en la fecha de servicio. (Se le informara si necesitamos usar 6xido Nitroso, y su consen- timiento especffico se obtendra para su uso).

Fluoruro y Sellantes: Los selladores y fluondo y dentales son dos de nuestras mejores armas contra las caries. Podemos recomendar tratamientos con fluor mas o menos a menudo que sus coberturas de seguro basado en el riesgo de su nino para las caries. Tambien podemos recomendar selladores para los dientes, basados en su riesgo de desarrollar cavidades, y algunos pueden no estar cubiertos por su seguro. Revise sus beneficios de seguro y / o discuta con nuestro equipo de recepci6n.

Citas perdidas: Una vez que se ha hecho una cita, ese tiempo se reserva especfficamente para su hijo. Le pedimos que intente darnos por lo menos 24 horas de antelaci6n de cancelaci6n. Tres (3) citas perdidas / quebra- das, sin notificaci6n previa de al menos 24 horas, pueden impedir que esta oficina se programe mas.

Nombre de su (s) hijo (s): _____

Firma del padre /tutor: _____ Relacion: _____

Fecha: _____