

KIDZ CARE DENTAL GROUP
625 W Citracado Pkwy Suite 208
Escondido, CA 92025



Phone No: 760.745.7070
Fax No: 760.745.7077
Email: info@kidzcaredental.com

INFORMACION DEL PACIENTE

A fin de garantizar que su hijo reciba la mejor atención en nuestra práctica, por favor tome un momento para llenar por completo o actualizar la información de su hijo. Este formulario es confidencial y será utilizada únicamente para fines médicos y dentales.

Nombre de niño
Apellido Nombre Segundo Nombre Nombre Preferido

Domicilio
Calle Apt# Ciudad Estado Codigo Postal

Sexo: M F Edad: Fecha de Nacimiento SSN

Nombre de Padre : Nombre de Madre:

Numero De Telefono Numero De Telefono
Casa Celular Casa Celular

Email Address: Email Address:

Empleador: Empleador :

Ocupación: Ocupación:

Trabaje Teléfono : Trabaje Teléfono:

Por favor haga una lista de otros niños en la familia:

Nombre	Relacion	Edad	Fecha de Nacimiento

Padres estado civil: Solo Casados Viudo Divorciados Separados

¿Quién tiene la custodia legal del niño? (Si procede) Madre Padre Conjunto Otro

¿ Es hijo adoptivo ? Yes No En caso afirmativo, indique la fecha de adopción

Persona de contacto en caso de emergencia: (aparte padres/guardian)

Nombre Relacion Contacte el Número

¿Quién podemos dar gracias nosotros para le referirse a nuestra práctica?

<input type="checkbox"/> Oficina Dental	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Escuela/ Day Care	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Medico	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Amigo/a / Familiar	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Internet/Aseguransas	<input type="text"/>

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSIBLE/ INFORMACIÓN PRIMARIA DE SEGURO

Nombre:
Apellido Nombre Inisial Relacion al Paciente

SSN: # de Licencia: Fecha de Nacimiento:

Empleador: Domicilo:

Seguro Dental: No de ID: No de Grupo:

Seguro Medica: No de ID: No de Grupo:

Información Secundaria de Seguro (complete sólo si el paciente es cubierto por otra compañía de seguros)

Nombre:
Apellido Nombre Inisial Relacion al Paciente

SSN: # de Licencia: Fecha de Nacimiento:

Empleador: Domicilo:

Seguro Dental: No de ID: No de Grupo:

LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA SERVICIOS

Yo por la presente asigno directamente a Kidz care Dental Group todos los beneficios dentales, si cualquiera, de otro modo pagadero a mí por los servicios rendidos a mi niño. Autorizo a poner mi nombre y validar "firma en el archivo" a todos los reclamos y documentos relacionados a cualquier beneficio, y dar cualquier información necesaria para facturar al seguro dental de mi niño. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro de mi niño y que mi porción debe ser pagada en el momento que los servicios son recibidos, a menos que otros arreglos se hayan hecho anteriormente. Comprendo que cualquier balance en la cuenta por más de 30 días se le cargara el 1.5% de interés por mes, y/o honorarios y servicios tarde donde aplicable. Conuerdo en pagar todos los costos de la colección inclusive pero no limitó a cortejar los costos, las comisiones y los costos de agencia de colección y honorarios razonables de abogado.

La Firma del Partido Responsable:

El Nombre del Partido Responsable:

La Relación al Paciente:



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Yo soy el padre, el guardián, o cuidador autorizado para el paciente y no hay mandatos judiciales ahora vigentes que me limiten de firmar este consentimiento. Comprendo que la información que he dado es la correcta a mi mayor conocimiento y entender, que será tenido con la confidencialidad. Es mi responsabilidad de informar el personal dental de cualquier cambio en el estatus de la salud de mi niño. Yo autorizo el Dr Tahir a Paul y su personal a realizar ningún servicio dental necesario inclusive pero no limitados al examen completo, tomando radiografías dentales, las fotografías ni ayuda diagnóstica creyeron apropiado hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales de niño, limpiezas, ningún tratamiento dental recomendado aceptó mutuamente y el uso de medicina apropiada, la terapia y la administración de agente anestésico indicado para tal tratamiento. _____ Inicial

Comprendo que tratamiento dental para niños incluye los esfuerzos de indicar su conducta ayudandolos comprenden que el tratamiento en términos apropia para su edad. El Dr Paul proporcionará un ambiente que ayudará a niños aprende a cooperar durante tratamiento utilizando elogio, la explicación y la demostración de procedimientos e instrumentos y utilizando tonos variables de voz. _____ Inicial

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Firmando abajo, consiente al uso y la revelación de su Salud Protegida de niño Información (PI) por Dr Tahir Paul, sus socios del personal y el negocio para el tratamiento, operaciones de pago y asistencia médica como especificado en nuestra Nota de Prácticas de Intimidad Forma. Tiene el derecho de revisar nuestra Nota antes de firmar el consentimiento. Los términos de esta Notificacion pueden cambiar y la Notificacion revisada será anunciada en nuestra oficina. También puede solicitarla llamando a la oficina al (760)745-7070.

Tiene el derecho de restringir nuestro uso o acceso a la informacion protegida sobre la salud atencia medica de su hijo, de lo contrarion se nos permite usarla para el tratamiento, pago y otros tramites de asistencia. Aunque Nuestra oficina no requeridos a aceptar estas restricciones. Sin embargo, si aceptamos restricciones adicionales, ellos atan a nosotros. Puede negarse a consentir al uso o la revelación de PI de su niño, pero un documento escrito es requerido. Bajo esta ley, nosotros tenemos el derecho de negarse los servicios le deben escoge negarse a revelar su Salud Protegida de niño Información (PI).

- Reconozco que una copia de Nota de la Práctica de Intimidad fue proporcionada y/o recibido. Inicial _____
- He revisado, he comprendido y acepto el contenido de la Nota de la Práctica de Intimidad. Inicial _____
- He revisado, he comprendido y no acepto al contenido de la Notificacion de la Práctica de Intimidad. Inicial _____
- Me niego a firmar el Consentimiento/Reconocimiento de la Notificacion de la Práctica de Intimidad. Inicial _____

Firma: Fecha:

Imprima Nombre:

Especifique por favor una razón detallada por qué usted no conviene y se niega a firmar el Consentimiento / Reconocimiento de Nota de la Práctica de Intimidad



HISTORIA MEDICA

Médico de niño: Numero de
 Telefono:

Domicilo:

Fecha del último exámen físico:

¿Está bien de salud su hijo/a? Si No

¿Alguna vez su hijo/a ha sido hospitalizado? Si No

Fecha y motivo

Actualmente, toma su hijo/a algún medicamento? Si No

¿Cuáles son?

Alguna vez ha sido informado que su hijo/a necesite tomar antibióticos antes de su tratamiento dental?

Si No

¿Ha tenido su niño alguna reacción alérgica a? Alimento Látex Medicina Otros

Por favor cheque si su niño tuvo cualquiera de las condiciones médicas

CONDICION GENERAL

- | Si | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desorden Gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |

COMPORTEAMIENTO

- | Si | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ADHD |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ansiedad / Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Disability Emocional |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Aprender Disability |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desorden Psiquiátrico |

DEMORA DE DESARROLLO

- | Si | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Herida de Cerebro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fisura del Paladar/Labio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Demora de Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Falta de Apetito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Desarrollo Físico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Convulciones Epilépticas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Habla |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Defecto de Neuromascular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos |

CONTAGIOSO

- | Si | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Infección de VIH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

PROBLEMAS EN LA SANGRE

- | Si | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

OTROS

- | Si | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desmayos /Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Amordace Reflejo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Duerma la Apnea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Duerma los Problemas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Síndrome |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otros_____ |

HISTORIA DENTAL

¿Es esta la visita primera del niño al Dentista? Si No ¿Si no, Cuándo fue la última visita?

El nombre de Dentista anterior: Numero de Telefono:

Por favor marque si su niño tiene actualmente alguno de los problemas siguientes:

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dientes encimados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección en la encía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dientes sensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dientes descoloridos			

Describe por favor su problema dental de niño

¿Su niño ha tenido alguna mala experiencia con el dentista? Si No

¿Su niño ha recibido anestecia local (Novocaína)? Si No

¿Sí, hubo algún problema? Si No

Por favor describa la actitud de su niño cuando visita al dentista:

Cooperativa Amistoso Ansioso Timido Poco dispuesto a cooperar

¿Tiene su niño los hábitos siguientes?

Si	No	Si	No	Si	No	Si	No				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa el Biberon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chupa el dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa el chupón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerde el labio o mejilla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerde uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respira por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechina los Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aprieta la mandíbula

¿Se cepilla su niño los dientes diariamente? Si No

¿Participa usted en cepillarle los dientes a su niño? Si No

¿Utiliza su niño hilo dental? Si No

¿Recibe el fluoruro de alguna forma? Tableta Gotas Agua Pasta/Gel Enjuague

¿Come su niño bocados de azúcar? (p.e. pasas, rollups de fruta, gummy bears, dulces pequeños, paletas de dulce, chicles, etc) Si No

¿Sí, con qué frecuencia? Cuantas veces al día Cuantas veces a la semana

¿Cuánta soda y jugo toma su niño? Al día

A la semana

¿Hay otra cosa que quisiera decirnos acerca de la salud dental de su niño?