



Historial Médico y Dental de Paciente Nuevo

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor complete el formulario. La siguiente información es necesaria para permitirnos brindarle a su hijo la mejor atención dental posible. Toda la información adquirida es confidencial y solo se utilizará para fines dentales y médicos.

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Nombre Preferido

Dirección: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código Postal

Sexo: M F **Edad:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **SSN:** _____

Hermanos/as (Nombre y fecha de nacimiento):

Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Licencia: _____

Dirección: _____

E-mail: _____

No. Telefónico: _____

Casa

Celular

Nombre de la Madre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Licencia: _____

Dirección: _____

E-mail: _____

No. Telefónico: _____

Casa

Celular

Estado Civil de los Padres: Soltero Casados Viudo Divorciados Separados

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

¿El niño es adoptado? Si No ***Si es adoptado, favor de proveer los documentos de la corte.***

En caso de emergencia, contactar a: _____
(alguien aparte de los papas) Nombre Relación No. telefónico

1ra ASEGURANZA DENTAL (info del subscriptor)

Nombre del Subscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____ No.de Grupo: _____

Nombre de Aseguranza: _____

Número de ID: _____ No. de Teléfono: _____

2da ASEGURANZA DENTAL

Nombre del Subscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____ No.de Grupo: _____

Nombre de Aseguranza: _____

Número de ID: _____ No. de Teléfono: _____

LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA SERVICIOS

Por la presente, yo 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 con los beneficios de salud, y compartir cualquier información necesaria para facturar al seguro dental de mi niño. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo que no sea 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 se hayan hecho otros arreglos previamente. Comprendo que cualquier balance en la cuenta por más de 30 días se le cargará el 1.5% de interés por mes, y/o honorarios y cargos por pagos tarde donde aplique. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de colección, incluyendo entre otros, los costos de la corte, de comisiones y costos de agencia de colección y honorarios razonables de abogados.

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Persona Responsable: _____ SSN: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de hoy: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Yo soy el padre, el guardián, o cuidador autorizado para el paciente y no hay órdenes judiciales vigentes que me limiten de firmar este consentimiento. Entiendo que la información que he dado es la correcta a mi mayor conocimiento, que se mantendrá confidencial. Es mi responsabilidad de informar al personal dental de cualquier cambio en el estatus de la salud de mi niño. Yo autorizo al Dr. Tahir Paul y su personal a realizar los servicios dentales necesarios incluyendo pero no limitados a un examen completo, tomando radiografías dentales, fotografías o cualquier ayuda diagnóstica que se considere apropiada para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales de mi niño, limpiezas, tratamientos dentales recomendados mutuamente acordados y el uso de medicamentos apropiados, terapia y administración del agente anestésico indicado para dicho tratamiento.

Inicial _____

Entiendo que el tratamiento dental para niños incluye los esfuerzos para guiar su comportamiento ayudándolos entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. El Dr. Paul proporcionará un ambiente que ayudará a los niños a aprender a cooperar durante tratamiento utilizando elogio, explicando y demostrando los procedimientos e instrumentos y usando tonos de voz variables.

Inicial _____

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar en la parte de abajo, usted acepta el uso y la revelación de la Información Médica Protegida (o siglas en Inglés PHI) de su hijo por parte del Dr. Paul, su personal y sus socios comerciales para el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica según se especifica en nuestro formulario de Aviso de Prácticas de la Privacidad. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de este Aviso pueden cambiar y el Aviso revisado se publicará en nuestra oficina. También puede solicitarla contactando nuestra oficina al (760)745-7070.

Usted tiene el derecho de solicitar que limitemos nuestros usos o revelación a la Información Médica Protegida de su hijo, de lo contrario se nos permite usarla para el tratamiento, pago y otros trámites de asistencia, aunque nuestra oficina no está obligada a aceptar estas restricciones. Sin embargo, si aceptáramos a otras restricciones adicionales, ellos están obligados a nosotros. Usted puede negarse al consentimiento del uso o revelación de la IMP de su niño, pero un documento por escrito es requerido. Bajo esta ley, nosotros tenemos el derecho de negar los servicios si usted decide rechazar la revelación de la Información Médica Protegida de su niño.

Yo reconozco que se proporcionó y/o se recibió una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre del Pediatra/Clínica: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha del último examen físico: _____

Su hijo/a ¿está bien de salud? Si No

¿Alguna vez su hijo/a ha sido hospitalizado? Si No Fecha y motivo: _____

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

¿Cuáles son? _____

Su hijo/a sigue una dieta VEGETARIANA? Si No

Alguna vez ha sido informado que su hijo/a necesite tomar antibióticos antes de un tratamiento dental? Si No

Su hijo/a ¿ha tenido alguna reacción alérgica a? Alimento Látex Medicina Otros _____

Por favor, indique si su niño/a tiene o tuvo cualquiera de las condiciones médicas siguientes.

- | Si | No | Si | No | Si | No |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Amordace Reflejo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Desarrollo Físico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ansiedad / Nerviosismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Falta de Apetito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroide |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fisura del Paladar/Labio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Síndrome |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Convulsiones Epilépticas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Herida de Cerebro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nacimiento a término completo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Defecto Neuromuscular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Infección de VIH | _____ | Cuántas semanas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Demora de Desarrollo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desmayos /Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desorden Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desorden Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes | | | | |

HISTORIA DENTAL

¿Es esta la primera visita de su hijo/a al Dentista? Si No Sino, cuándo fue la última visita? _____

El nombre de Dentista anterior: _____ Número de
Teléfono: _____

Favor de describir el problema dental de su hijo: _____

Favor de indicar si su hijo tiene alguno de los siguientes hábitos:

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

Favor de indicar si su hijo tiene actualmente alguno de los siguientes problemas:

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

Favor de describir la actitud de su hijo cuando visita al dentista:

Cooperativa Amistoso Ansioso Tímido Poco dispuesto a cooperar

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

¿Su hijo ha recibido anestesia local (Novocaína)? Si No

Si recibió anestesia local, ¿hubo algún problema? _____

¿Su hijo se cepilla los dientes diariamente? Si No

¿Usted ayuda a su hijo a cepillarle los dientes? Si No

¿Su hijo usa el hilo dental? Si No

¿De qué manera recibe el fluoruro? Tableta Gotas Agua Pasta/Gel Enjuague

¿Su hijo come bocados azucarados? Si No ¿Con qué frecuencia? _____
(ex. pasas, rollups de fruta, gummy bears, dulces pequeños, paletas de dulce, chicles, etc)

¿Cuánta soda y jugo toma su hijo? _____ veces al día, _____ a la semana

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

¿A quién le agradecemos por haberlo referido a nuestra oficina? _____
(nombre de oficina, doctor, evento, etc)

PÓLIZA DE FOTOGRAFÍA Y VIDEO

Respetamos la privacidad de todos nuestros pacientes y nuestro personal. Por lo tanto, no está permitido fotografías (videos u otros) en nuestras instalaciones.

Nuestro personal estará encantado de ayudarle a capturar/documentar la visita de su hijo o hijos al dentista. Por favor pida ayuda a un miembro de nuestro personal.

PÓLIZA DE CANCELACIÓN DE ÚLTIMO MINUTO / INASISTENCIA / LLEGADAS TARDÍAS

La cita que usted agendó para su hijo o hijos ha sido reservada exclusivamente para ustedes. Nosotros entendemos que a veces ocurren cosas inesperadas que se interpone con la hora de su cita. Sin embargo, **nuestra oficina requiere un aviso de 24hrs para cancelar ó cambiar la cita de rutina, 48 hrs para la cita de tratamiento**, de esta manera podemos ofrecerla a alguien que esté en lista de espera.

La repetición de cancelaciones a último minuto o faltas a su cita programa, puede resultar en lo siguiente:

-- **Primera falta o cancelación de último minuto:** se agendará una cita nueva y se recordará de la póliza de la oficina.

-- **Segunda falta o cancelación en los últimos 12 meses:** se pondrá en lista de espera para reagendar su cita. Se mandará una carta por correo al padre/tutor del paciente con la póliza de la oficina.

-- **Tercera falta o cancelación en los últimos 12 meses:** se mandará carta de despido y una forma de transferencia para mandar su información a otra oficina.

Llegadas tardías -- Muchas de las citas son agendadas por 30 minutos, por lo tanto será necesario reagendar su cita si su retraso excede los 10 minutos.

Para ayudarle a recordar sus próximas citas, como cortesía se le mandará al padre/tutor un recordatorio por correo electrónico y mensaje de texto, así como llamadas telefónicas para confirmar su cita. Usted puede responder a la oficina por los medios mencionados anteriormente. Además, nuestros teléfonos están disponibles de Lunes a Viernes de 8am a 5pm, para confirmar o realizar algún cambio en su cita.

Yo he leído y entendido las pólizas mencionadas anteriormente.

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Firma: _____