



Como usted se entero de nosotros?  Seguro,  Internet,  amigo,  dentista:  otro \_\_\_\_\_

## Información del paciente y familia:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  femenino  masculino

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona trayendo el paciente hoy: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Es usted el guardián LEGAL del paciente y puede usted dar el consentimiento para este tratamiento? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

si NO, puede usted proveer un documento notariado y firmado por el guardián LEGAL del paciente cediéndole

el consentimiento a usted para traer el paciente al tratamiento? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Dirección:  igual al paciente o: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Por favor escriba otro nombre de persona autorizada para traer el paciente en el futuro.

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ relación al paciente \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE:

Dentista previo: \_\_\_\_\_ fecha de ultima visita: \_\_\_\_\_

Que procedimiento le realizaron en la ultima visita? \_\_\_\_\_

Por favor marque la respuesta que aplique a su hijo (a)

Dolor de diente \_\_\_\_\_ Caries \_\_\_\_\_ Ruido dental \_\_\_\_\_

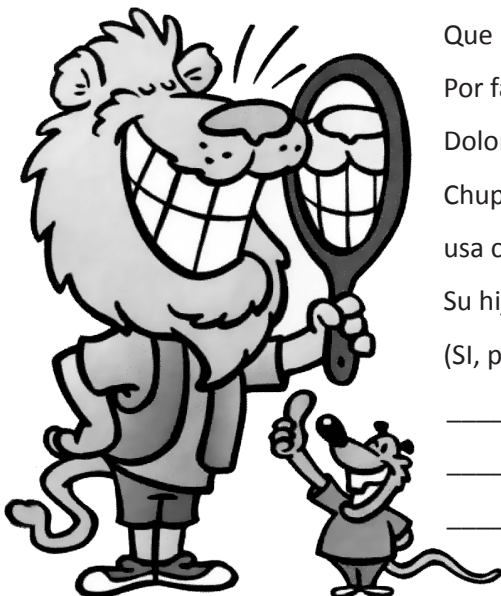
Chupa dedos \_\_\_\_\_ Coronas o rellenos \_\_\_\_\_ toma en botellas \_\_\_\_\_

usa chupete \_\_\_\_\_ Diente sacado \_\_\_\_\_ Todavía amamanta \_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido sedación dental en el pasado? \_\_\_\_\_

(SI, por favor explique por que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE:

Por favor marque la condición medica que aplique a su hijo (a)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias de clima                      | <input type="checkbox"/> alergia a comida           | <input type="checkbox"/> Anemia                 |
| <input type="checkbox"/> ADHD                                   | <input type="checkbox"/> Asma                       | <input type="checkbox"/> Cáncer                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazon      |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis-Tipo_____                    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               | <input type="checkbox"/> tardanza de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Desorden de sentido                    | <input type="checkbox"/> Desorden de comportamiento |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia:____Ultima reacción_____     |   |   |
| <input type="checkbox"/> Alergia a MEDICAMENTOS explique: _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> Operaciones previas_____               | <input type="checkbox"/> Sedaciones_____            |   |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra condición: _____        |   |   |

## Seguro Dental Primario:

Nombre de seguro \_\_\_\_\_ si es Delta Dental, que estado: \_\_\_\_\_  
Numero de poliza \_\_\_\_\_ relacion al paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ seguro social \_\_\_\_\_  
teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código \_\_\_\_\_  
Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

## POLÍTICA DE NUESTRA OFICINA:

Por favor tome tiempo de leer nuestra política y firme su iniciales al lado de la misma.  
Si tiene preguntas sobre nuestra política, por favor hable con uno de nuestro representantes antes de comenzar su tratamiento.

\_\_\_\_\_ Todos los cargos presentados son ESTIMADOS de la cobertura de su seguro. Yo entiendo que soy responsable por restantes no pagado por mi compañía aseguradora.

\_\_\_\_\_ Cancelaciones de citas pueden ser inevitables. Yo entiendo que tengo que llamar y cancelar 24 horas antes de mi cita para evitar un cargo de \$50.00 a mi cuenta

\_\_\_\_\_ Solo un acompañante puede estar con el paciente en el área de limpieza y examen.

\_\_\_\_\_ (Behavior management) manejo de conducta: este procedimiento puede tener un costo que usted será responsable en caso que su hijo no quiera cooperar para el tratamiento usando métodos convencionales o gas nitroso. El doctor e asistente no retienen el paciente físicamente para tratamiento. Si el paciente no coopera para el tratamiento, es su opción elegir un manejo de conducta en el tratamiento. Estas opciones son diferentes para cada paciente y pueden ser inmovilización medica hasta anestesia general. Nosotros le informaremos la opción y la cobertura de su seguro si la situación se presenta.

\_\_\_\_\_ Usted puede tomar fotos a su niño en la oficina pero no VÍDEO. Es muy importante para nosotros proteger la privacidad de nuestros paciente y empleados.

Firma de persona responsable \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

