

FORMULARIO DE PACIENTE

Información de su Niño(a)

Nombre del niño(a) _____

¿Cómo prefiere que su niño(a) sea llamado? _____

Edad _____ Género _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ Distrito escolar (condado/ciudad) _____

Grado de estudio _____ Pasatiempos de su niño(a) _____

Nombre y edad de hermano(a)s _____

¿Quién lo(a) refirió a nuestros consultorios? _____

Estado civil de los padres:

Casados Divorciados Separados Viudo(a) Soltero(a)

Historia Dental

Sí No ¿Es esta la primera vez que su hijo visita al dentista?
¿Si no es así, cuando fue la última visita y que se le hizo al niño(a)? _____

Sí No ¿Espera que su niño(a) sea un paciente cooperador?
Si no, por favor explicar. _____

Sí No ¿Consumen en casa agua extraída de un pozo?

Sí No ¿Consumen su niño(a) tabletas de flúor o vitaminas con flúor?

Sí No ¿Se ha golpeado su niño(a) algún diente? ¿De ser así, cuándo? _____

Sí No ¿Tiene su niño(a) historia de dolores de cabeza, dolor, chasquido o ruidos en la articulación de la mandíbula?

Sí No ¿Duerme su niño(a) en la noche con tetero/biberón?

Sí No ¿Tiene su niño(a) dolor en algún diente/muela?

Ha tenido o tiene su niño(a) alguno de los siguientes problemas?

Se chupa el dedo ¿Hace cuánto? ____ ¿Todavía lo hace? Sí No

Se chupa el labio ¿Hace cuánto? ____ ¿Todavía lo hace? Sí No

Chupón o chupete ¿Hace cuánto? ____ ¿Todavía lo hace? Sí No

Historia Médica

¿Está su niño(a) siendo atendido(a) actualmente por el médico familiar debido a alguna razón médica? Sí No Si la respuesta es sí, favor explicar _____

Nombre del médico familiar _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

• ¿Se encuentra su niño(a) en buena salud? Sí No Si no, explica _____

• ¿Está su niño(a) siendo atendido por un médico especialista, aparte del médico familiar? De ser así, favor explicar _____

• ¿Tiene su niño(a) alergia a algún medicamento? Sí No Favor mencionar los medicamentos _____

• ¿Está su niño(a) tomando algún medicamento en este momento? De ser así, cual? _____

• ¿Ha estado su niño(a) hospitalizado o ha recibido atención en una sala de emergencia por algún trauma/golpe? ¿Cuándo y por qué razón? _____

• ¿Ha tenido o tiene su niño(a) algún desorden mental, emocional, o nervioso? De ser así, favor explicar. _____

• ¿Le han removido las amígdalas a su niño(a)? Sí No

• ¿Respira su niño(a) por la boca? De ser así, lo hace, Rara vez Continuamente

Por favor indicar si su niño(a) ha tenido alguno(a) de los siguiente:

Alergia al látex

Fiebre reumática

Alergia a la penicilina

Hemofilia

Alergia a otro medicamento

Hepatitis

Anemia

Hiperactividad (TDAH)

Asma

VIH Positivo (SIDA)

Ataques de epilepsia

Impedimento físico

Autismo

Paladar hendido

Diabetes

Problemas del habla

Discapacidad intelectual

Tratamiento con radiación

Enfermedad endocrina

Tuberculosis

Enfermedades de los huesos

Tumores/Leucemia

Enfermedad o soplo en el corazón. Mencionar el tipo de enfermedad _____

¿Está el niño(a) siendo atendido por un cardiólogo o un especialista debido a problemas cardíacos? De ser así, favor mencionar el nombre _____

Número de teléfono _____

Favor describir otros problemas que su niño(a) tenga y no se hayan mencionado anteriormente _____

Usted considera que su niño(a) esta:

• Avanzado(a) en el proceso de aprendizaje Sí No

• Con un proceso normal de aprendizaje Sí No

• Atrasado en el aprendizaje Sí No

Historia Dental Preventiva

¿Con qué frecuencia su niño(a) se lava los dientes? _____

¿Alguien supervisa el lavado de dientes del niño(a)? Sí No

¿Quién? _____

¿Usa su niño(a) hilo dental? Sí No

Recibe su niño(a) alguno de los siguientes:

Flúor en tabletas/gotas Flúor en vitaminas Agua de pozo

Agua con flúor Agua en botella

Persona Responsable

Nombre completo del padre

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Número de teléfono Número de teléfono celular

Número de teléfono del trabajo Empleador

Ocupación Correo electrónico

Tiene seguro dental: Sí No

Nombre de la compañía de seguro Número de plan ó grupo

Número de teléfono del seguro

Nombre completo de la madre

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Número de teléfono Número de teléfono celular

Número de teléfono del trabajo Empleador

Ocupación Correo electrónico

Tiene seguro dental: Sí No

Nombre de la compañía de seguro Número de plan ó grupo

Número de teléfono del seguro

Familiar/Amigo Más Cercano

Nombre

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono Relación con su niño(a)

¿En caso que usted no se encuentre en casa, cuál es el nombre de su vecino(a)? _____

Nombre

Número de teléfono

Información Financiera

Método de pago:

Favor de marcar la que corresponda:

- Cheque ó dinero en efectivo al momento del tratamiento
- Visa, Mastercard, American Express ó Discover
- Formulario de seguro con el copago al momento del tratamiento
- Otro: _____

- Se espera que los pagos se realicen al momento del tratamiento.
- Los pacientes que consultan por emergencia (primera visita en la oficina) requieren pagar la totalidad del tratamiento al momento de la visita.
- Los pacientes que tengan seguro con el cual participamos pueden pagar la porción estimada, incluido el deducible, al momento de recibir el servicio. Es responsabilidad de los padres/guardián el procurar que los pagos del seguro se hagan a tiempo. Cualquier balance del seguro después de 60 días, será responsabilidad de los padres/guardián.

Si mi cuenta requiere servicios de una agencia de recaudación ó de un abogado, entiendo que seré responsable por el cobro gastos aplicables en corte, además del saldo pendiente. Por medio de la presente autorizo el pago directo a mi dentista, al grupo de beneficios del seguro, de lo contrario que sea pagado por mi parte y autorizo la divulgación de la información con respecto al tratamiento a la compañía de seguros.

FIRMA DE LA PERSONA ASEGURADA (Guardián)

Autorización de Uso de Foto e Imágenes:

Yo autorizo por la presente a mi dentista de reproducir, utilizar y/o publicar todavía vídeo o fotografía de _____ (nombre del niño) en materiales ó en formatos electrónicos impresos, incluidas en el Internet con el propósito de promover anunciar publicidad de mi dentista. Al dar este consentimiento, libero el departamento de publicidad de mi dentista de responsabilidad ante cualquier violación o cualquier derecho de propiedad personal que pueda tener en relación con dicha venta, reproducción, utilización o compensación.

FIRMA (Guardián): _____

Yo, doy mi consentimiento para los servicios dentales necesarios, anestesia local, sedación con óxido nitroso, así como el uso apropiado y aceptable de métodos para completar los mismos. Acepto la responsabilidad de los pagos por los servicios realizados a _____ (nombre del niño(a)). Entiendo que seré informado de cualquier tratamiento (aparte de limpiezas dentales de rutina, tratamientos con flúor, Rayos X y exámenes) antes que sea(n) realizado(s).

Firma del padre de familia o adulto guardián

Fecha

Nombre del padre de familia o adulto guardián

Relación con el paciente