

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

HISTORIA DENTAL

Ultima visita a un dentista ___/___/___ Ultima Limpieza ___/___/___ Últimos rayos X ___/___/___

Razón de buscar cuidado dental:

Primer examen

chequeo de rutina

Segunda opinión

Dolor de diente o hinchazón

accidente

otro: _____

Usted tiene alguna duda o problema respecto a la salud dental de su hijo(a) que le gustaría abordar?

Su hijo(a) ha tenido alguna experiencia dental negativa? _____ Si es así, por favor explique

¿Cómo espera que su hijo(a) reaccione en la visita de hoy?

Excelente

Bien

Razonable

Pobre

no estoy seguro/a

Toma fluoruro en cualquier forma? Si No

en vitaminas

en agua

gotas/tabletas

enjuague/gel

Su hijo(a) se cepilla los dientes diariamente?

Si

No

Su hijo(a) utiliza el hilo dental diariamente?

Si

No

Ha tenido alguna lesión en la boca, dientes, o cabeza?

Si

No

Si es así, a qué edad? _____ Que dientes? _____ Tratamiento recibido? _____

Algún habito oral? Si No

Se chupa el dedo

morderse las unas

Respirar por la boca

Chupete

Dormir con el biberón

Otro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En el caso de una emergencia, a quién podemos llamar?

Nombre _____ Relación _____ # de teléfono (____) ____ - _____

Nombre _____ Relación _____ # de teléfono (____) ____ - _____

CONSENTIMIENTO DE FOTO

Yo _____, le doy consentimiento a Helotes Pediatric Dentistry & Orthodontics que capture una imagen fotográfica de mi hijo(a) _____, para sus registros. Yo entiendo que Helotes Pediatric Dentistry & Orthodontics personal tendrá acceso a su foto en el registro dental.

Firma del paciente/guardián _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo autorizo al la dentista y personal para realizar los procedimientos dentales necesarios: examen dental completo (chequeo), profilaxis (limpieza), tratamiento de fluoruro, radiografías (rayos X), los selladores, los modelos de estudio, y de otro tipo de diagnóstico / ayudas preventivas que se consideren necesarias por la dentista y su equipo para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales de mi hijo(a).

Yo autorizo a la dentista y personal para proporcionar cualquier información a otros doctores (médicos, dentistas, etc) con el propósito de la consulta. Entiendo que antes de proporcionar cualquier tratamiento que se le informará acerca de dicho tratamiento, que puede hacer preguntas sobre el tratamiento, y que puede revocar Antes que el tratamiento se proporciona. Procedimientos será divulgada con usted antes de cualquier tratamiento dental. Como padre / tutor legal del paciente, yo otorgo el dentista y el permiso del personal para llevar a cabo cualquier tratamiento necesario (s).

Firma del Paciente/Guardián _____ Fecha: ___/___/___

AUTORIZACIONES CITA

Para citas en el futuro, si usted está planeando enviar a su hijo(a) con alguien que no sea un padre / tutor legal, deberá proporcionar la siguiente información (debe ser 18 años o más):

Nombre de la persona autorizada(s) para acompañar a mi hijo(a) para las visitas futuras de tratamiento:

1. NOMBRE: _____ Relación al niño(a): _____

2. NOMBRE: _____ Relación al niño(a): _____

ACUERDO FINANCIAL

- El seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros, nuestra relación es con usted, no la compañía de seguros. Nos presenta su reclamo de seguro como una cortesía para que.
- Todos los gastos incurridos se imputan directamente a usted y usted es personalmente responsable del pago. Los deducibles y los co-pagos son debidos en el momento del tratamiento.
Estimamos que su co-pagos de acuerdo a su política. Nosotros no garantizamos en modo alguno que su seguro pagará esta cantidad.
- Si la compañía de seguros no paga dentro de 60 días, se requiere que usted pague el saldo adeudado.
- Su tarjeta de seguro debe ser presentado en cada visita. Si no hay una tarjeta de seguro, el pago (efectivo, cheque o tarjeta de crédito) se espera que en el momento del servicio
- Yo autorizo el pago directamente a Helotes Pediatric Dentistry & Orthodontics, el seguro de beneficios de otro modo pagadero a mí, y autoriza la divulgación de cualquier información requerida para procesar reclamaciones de seguros.

Firma del paciente/guardián _____ Fecha: ___/___/___

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

Yo, _____ ha revisado una copia de Helotes Pediatric Dentistry & Orthodontics
aviso de (Nombre de padre o tutor legal)
practicar de pe privacidad en cuanto a mi hijo/hija de _____
(Nombre del paciente)

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: ___/___/___

Uso de la Oficina: ___ Paciente se negó firmar ___ Situacion de emergencia nos impidió la obtención ___ Orto

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

POLITICA DE CITA

Nos reservamos tiempo en nuestro programa especial para su hijo, y en consideración a otros solicitamos al menos 48 horas de anticipación antes de la cancelación de citas. Entendemos que hay circunstancias que pueden impedir que mantener la cita de su hijo, sin embargo, con la que nos proporciona la mayor anticipación posible, podemos ser capaces de ponerse en contacto con otra familia que le gustaría que la hora de la cita. Citas de la tarde se llenan rápidamente, y la cancelación con menos de 48 horas de antelación no nos dan tiempo suficiente para programar otra paciente que necesita tratamiento. Después de la segunda cita perdida, se le pedirá que pagar por adelantado para el nombramiento de su hijo antes de que reservar tiempo en nuestro horario. Se pidió a los pacientes que se están ejecutando tarde para llamar a la oficina tan pronto como sea posible para verificar con el personal si todavía será capaz de mantener su cita. Además, las cancelaciones no se aceptan si se deja en el contestador y la cita no se tendrán en cuenta cancelada a menos que llamar en horario de oficina y hablar con uno de nuestros coordinadores de programación.

Los pacientes pueden tener sus citas reprogramadas si son más de 10 minutos tarde a su cita en la consideración para otros pacientes.

Citas canceladas con menos de 48 horas de antelación en una fiesta de la escuela, un tiempo después de la escuela, o el sábado no serán reprogramados en otra fiesta de la escuela, el sábado a partir del tiempo de la cita escolar, ya que son nuestras citas más populares.

Agradecemos mucho su cooperación en ayudarnos a ofrecerle un excelente cuidado de su familia. Por favor firme abajo que ha leído y acepta la información anterior proporcionada a usted. Nosotros le proporcionaremos una copia para sus archivos.

Firma del Paciente/Guardián _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Pediatra del paciente _____ Ciudad/Estado _____ Telefono _____

Fecha de examen físico _____ Vacunación actualizadas SI NO

Condición medica actual _____

Liste a otros especialistas que su hijo esta viendo: _____

Medicamento	A que?	Porque?	Cuando?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Lista de alergias (LATEX, COMIDA, PINTURAS, MATERIALES, etc) _____

	SI	NO	
Su hijo(a) tiene cardiopatía congénita?	_____	_____	Es necesaria la profilaxis SBE? _____
Está recibiendo alguna medicación o drogas?	_____	_____	Lista Medicamentos _____
Su hijo(a) ha sido hospitalizado?	_____	_____	Por qué? _____
Ha tenido alguna vez una cirugía?	_____	_____	Lista cirugías _____
Hay sangrado excesivo cuando se corta?	_____	_____	Minusvalias/Discapacidad? _____

HA TENIDO ALGUNA VEZ HISTORIA DE O DIFICULTAD CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE LOS QUE APLICAN)

General

- ___ Complicaciones al nacer
- ___ Prematuro(a)
- ___ Paladar Hendido
- ___ Enfermedades Hereditarias
- ___ Síndrome: _____
- ___ Problemas de crecimiento o estatura
- ___ Embarazada

Cabeza, oídos, ojos, nariz, garganta

- ___ Infecciones crónicas de garganta
- ___ Infecciones crónicas de oídos
- ___ Problemas de oídos
- ___ Problemas de ojos
- ___ Problemas de sinusitis
- ___ Visual Imparmente
- ___ Sinusitis
- ___ Problemas de habla
- ___ Apnea/roncar
- ___ Mouth Breathing

Cardiovascular

- ___ Problems de Corazon/cirugia
- ___ Soplo del Corazon
- ___ Alta/Baja Presion
- ___ Fiebre Reumatica

Respiratorio

- ___ Asma
- Medicinas _____
- Ultimo Ataque _____
- Hospitalizaciones _____
- ___ Resfriado/Gripe Frecuentes
- ___ RSV
- ___ Tuberculosis
- ___ RSV
- ___ Problemas Respiratorios
- ___ Fibrosis Cistica
- ___ Ciagarrillo

Endocrino

- ___ Diabetes
- ___ Growth Delays
- ___ Problemas Hormonales
- ___ Precocious Puberty
- ___ Problemas Tiroides

Piel

- ___ Fuegos en la boca
- ___ Eccema (eczema)
- ___ Erupción/Ronchas
- ___ Condiciones dermatológicas
- ___ Cold/Sores

Gastrointestinal

- ___ Desorden alimenticio
- ___ Ulceras
- ___ Nausea
- ___ Enfermedades del Reflujo
- ___ Hepatitis A B o C
- ___ Ictericia (Jaundice)
- ___ Problemas del Hígado
- ___ Problemas Intestinales
- ___ Diarrea Prolongada
- ___ Unintentional weight loss
- ___ Intolerancia a la lactosa
- ___ Restrictions' Dietetics

Genitourinario

- ___ Infecciones de la vejiga
- ___ Infecciones del Riñón
- ___ Systemic Birth Control
- ___ Enfermedades de transmisión sexual

Musculo esquelético

- ___ Artritis
- ___ Escoliosis
- ___ Bone/Joint Problems
- ___ Problemas de Huesos/Articulaciones
- ___ Problema al abrir la boca o masticar

Neurologico

- ___ Desamayos
- ___ Mareos
- ___ Autismo
- ___ Desorden del Desarrollo
- ___ Problemas de Aprendizaje/Retrasos
- ___ Discapacidad Mental
- ___ Dáno Cerebral
- ___ Parálisis Cerebral
- ___ Convulsiones/Ataques/Epilepsia
- ___ Hidrocefalia/Derivaciones (Shunts)

Psiquiátricos

- ___ Problemas Psiquiátricos/Tratamiento
- ___ Hiperactividad/ADDH (ADHD)
- ___ Problemas Emocionales
- ___ Alcohol and chemical dependencia

Hematologico/Linfático/Immune

- ___ Anemia
- ___ Desorden sanguíneo/enfermedad de sangre
- ___ Transfusiones de sangre
- ___ Sangrado Excesivo
- ___ Moretones Fácilmente
- ___ Hemofilia
- ___ Enfermedad de la Célul de Hoz
- ___ Cáncer-Tipo: _____
- ___ Enfermedad Immune
- ___ Quimioterapia
- ___ Terapia de Radiación
- ___ Trasplanté Médula Ósea

Enfermedades Infecciosas

- ___ Sarampión
- ___ Paperas
- ___ Rubeola
- ___ Varicela
- ___ Mononucleosis
- ___ Cytomegalovirus (CMV)
- ___ Whooping Cough
- ___ Scarlet Fever
- ___ SIDA/HIV

Historia Familiar

- ___ Desorden Genéticos
- ___ Problemas con Anestesia General
- ___ Condiciones/enfermedades medicas graves

Preocupaciones Sociales

- ___ Expuesto al humo de cigarrillo
- ___ Historia de drogas./abuso de alcohol
- ___ Objeción a tratamiento por razón religiosa

Other

Mi firma indica que yo entendí y he contestado todas las preguntas en esta historia médica correctamente de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de algún cambio en el estado medico de mi hijo(a).

Firma de Padre/Apoderado legal: _____ Parentezco al Paciente: _____ Fecha: _____