

# BIENVENIDO!

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Nombre/Segundo nombre/Apellido Mes/Día/Año Pulgadas Libras

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Padre/tutor \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del padre / tutor \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Su empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Cómo se ha enterado de nuestros servicios? \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Principal)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

ID de Miembro del Asegurado \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número dedeocal \_\_\_\_\_

## 4. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Secundario)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

ID de Miembro del Asegurado \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número dedeocal \_\_\_\_\_

## 5. POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra oficina como su proveedor de atención médica dental. Estamos encarecidamente comprometidos para proporcionarle una atención dental de la más alta calidad, cuyo objetivo consiste en que usted pueda tener una salud bucal excelente. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que lea, acepte y firme antes de iniciar cualquier tratamiento. El pago debe ser realizado al momento de prestar el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que ofrecemos.

Por favor, marque si desea obtener más información sobre las opciones de financiamiento. **Tenga en Cuenta: Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En el caso de que sea necesario que nuestra oficina contrate un servicio de cobro y/o asistencia legal, usted será responsable de cualquier cobro y/o cargos legales.**

### ¿Tiene Usted un Seguro?

- Debemos enfatizar que como su proveedor de atención dental, nuestra relación es directamente con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros.
- Como cortesía hacia usted, le ayudaremos a procesar todos sus reclamos de seguro. Por favor, comprenda que le proporcionaremos una estimación del seguro, sin embargo, esto no garantiza que su seguro cancelará exactamente la cantidad estimada. Su compañía de seguros y los beneficios de su plan determinarán la cantidad a cancelar. Por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que su presupuesto sea lo más accesible y exacto posible. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le solicitaremos que se comunique con su compañía de seguros para recordarles que se espera el pago. Si el pago no es recibido o su reclamo es denegado, usted será responsable de cancelar la cantidad total en ese momento.
- Le solicitamos que firme este formulario y/o cualquier otro documento necesario que pueda ser requerido por su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina.
- Le solicitamos que cancele el deducible y el copago, los cuales constituyen a la cantidad estimada no cubierta por su compañía de seguros, bien sea en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que le ofrecemos.
- Cooperaremos plenamente con los reglamentos y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudar en la cancelación del reclamo. Nuestra oficina, sin embargo, no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamo.

**Estamos agradecidos por permitirnos servirle y atender sus necesidades de salud dental y estamos a su disposición para aclarar cualquier duda que presente sobre su cuidado o sobre nuestra política financiera.**

Para una descripción detallada de nuestras prácticas de privacidad, por favor observe nuestro folleto "Aviso de Prácticas de Privacidad" en recepción.

### Autorización:

He leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos. Autorizo a mi compañía de seguros para cancelar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que la responsabilidad por el pago de los Servicios Dentales proporcionados en este consultorio para mí o para mis dependientes es mía, debida y exigible en el momento en que los servicios son prestados, con la excepción de que los arreglos financieros hayan sido concretados. Adicionalmente, entiendo que un cargo por financiamiento, refacturación, cobranza y/o honorarios de abogados será agregado a cualquier saldo vencido. Al firmar a continuación, usted nos autoriza para comunicarnos vía telefónica por cualquier número que nos haya proporcionado, incluyendo llamadas a dispositivos móviles, celulares o similares para cualquier propósito legal. Usted acepta cualquier tarifa o cargo en el cual pueda incurrir por una llamada entrante de nuestra parte y/o llamadas salientes hacia o desde cualquiera de dichos números, sin la posibilidad de efectuar un reembolso por nuestra parte.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## 6. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la siguiente persona para tener acceso a la información cubierta bajo la Práctica de Privacidad con respecto a mí mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre (impreso)

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

**7. HISTORIA DENTAL** Por favor, marque (x) en cualquiera de las siguientes condiciones que se apliquen a su hijo

Nombre del paciente (impresión): \_\_\_\_\_

- Características dentales heredadas     Mal aliento     Dolor de muelas     Problemas en la articulación de la mandíbula (chasquidos, etc.)     Sangrado de las encías  
 Caries/dientes cariados     Llagas en la boca o ampollas de fiebre     Náuseas excesivas     Lesiones en los dientes, la boca o las mandíbulas     Apretar o rechinar los dientes

Para cada casilla marcada, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un hábito de succión después de un año de edad?  Y  N En caso afirmativo, ¿cuál?  Dedo  Pulgar  Chupete  Otros  ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_¿Hay antecedentes familiares de caries?  Y  N En caso afirmativo, indique todo lo que corresponda  Madre  Padre  Hermano  Hermana¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? \_\_\_\_\_ veces por \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se pasa el hilo dental?  Nunca  Ocasionalmente  Diariamente

¿Qué es lo que más le preocupa de la salud bucal de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia toma su hijo lo siguiente?

- |                          |                                    |  |  |                         |
|--------------------------|------------------------------------|--|--|-------------------------|
| Bocadillos entre comidas | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> 1-2 veces/día | <input type="checkbox"/> 3 o más veces/día | Producto _____          |
| Caramelos u otros dulces | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> 1-2 veces/día | <input type="checkbox"/> 3 o más veces/día | Tipo _____              |
| Chicles                  | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> 1-2 veces/día | <input type="checkbox"/> 3 o más veces/día | Merienda habitual _____ |
| Refresco*                | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> 1-2 veces/día | <input type="checkbox"/> 3 o más veces/día | Producto _____          |

(\*como jugo, bebidas con sabor a fruta, refrescos, bebidas carbonatadas, bebidas azucaradas, bebidas deportivas o bebidas energéticas)

¿Participa su hijo en deportes o actividades similares?  Y  N En caso afirmativo, indique \_\_\_\_\_¿Lleva su hijo un protector bucal durante estas actividades?  Y  N Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo \_\_\_\_\_¿Ha sido su hijo examinado o tratado por otro dentista?  Y  N

En caso afirmativo, fecha de la primera visita \_\_\_\_\_ ¿Fecha de la última visita? \_\_\_\_\_ ¿Razón de la última visita? \_\_\_\_\_

¿Se tomaron radiografías de los dientes o los maxilares?  Y  N Fecha de las últimas radiografías dentales \_\_\_\_\_¿Se ha sometido alguna vez su hijo a un tratamiento de ortodoncia (brackets, espaciadores u otras aplicaciones)?  Y  N En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_¿Ha tenido su hijo alguna vez una cita dental difícil?  Y  N En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_¿Cómo espera que su hijo responda al tratamiento dental?  Muy bien  Bastante bien  Algo mal  Muy mal**8. HISTORIAL MÉDICO** Marque con una (x) su respuesta para indicar si su hijo tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Complicaciones antes o durante el nacimiento, prematuridad, defectos de nacimiento, síndromes o condiciones hereditarias | <input type="checkbox"/> Autismo/trastorno del espectro autista  |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides/amígdalas   | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia o colocación de una derivación (ventriculoperitoneal, ventriculoatrial, ventriculovenosa)  |
| <input type="checkbox"/> Apnea/ronquidos del sueño, respiración bucal o arcadas excesivas   | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/TDAH)   |
| <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardíaca congénita, soplo cardíaco, fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática                  | <input type="checkbox"/> Problemas/tratamiento de comportamiento, emocionales, de comunicación o psiquiátricos   |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón o presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Abuso (físico, psicológico, emocional o sexual) o negligencia   |
| <input type="checkbox"/> Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias o problemas respiratorios                               | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística  | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides o hipófisis   |
| <input type="checkbox"/> Ictericia, hepatitis o problemas hepáticos   | <input type="checkbox"/> Anemia, enfermedad/rasgo de células falciformes o trastorno sanguíneo   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga o riñón  | <input type="checkbox"/> Cáncer, tumor u otra neoplasia; quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea o trasplante de órganos   |
| <input type="checkbox"/> Deterioro de la visión, el procesamiento visual, la audición o el habla  | <input type="checkbox"/> Hemofilia, facilidad de aparición de hematomas o sangrado excesivo  |
| <input type="checkbox"/> Trastornos del desarrollo, problemas/retrasos de aprendizaje o discapacidad intelectual                                  | <input type="checkbox"/> Mononucleosis, tuberculosis (TB), escarlatina, cromegalovirus (CMV), estafilococo áureo resistente a la metilicina (MRSA) estafilococo áureo resistente a la metilicina (MRSA), enfermedades de transmisión sexual (ETS) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones/ataques  |  |

Para cada casilla marcada, proporcione detalles aquí \_\_\_\_\_

Nombre completo del médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Su hijo está siendo tratado por un médico en este momento?  Y  N Si la respuesta es afirmativa, indique el motivo \_\_\_\_\_¿Su hijo está tomando alguna medicación (con o sin receta), vitaminas o suplementos dietéticos?  Y  N En caso afirmativo, indique el nombre, la dosis, la frecuencia y la fecha de inicio \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo hospitalizado alguna vez, ha sido operado o ha sufrido una lesión importante, o ha sido tratado en un servicio de urgencias? En caso afirmativo, indique la fecha y describa \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción o alergia a un antibiótico, sedante u otro medicamento?  Y  N En caso afirmativo, indique \_\_\_\_\_¿Es su hijo alérgico al látex o a cualquier otra cosa como metales, acrílicos o tintes?  Y  N En caso afirmativo, indique \_\_\_\_\_¿Está su hijo al día en las vacunas contra enfermedades infantiles?  Y  N¿Hay algún otro antecedente médico importante de este niño o de su familia que deba ser comunicado al dentista?  Y  N En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_**Autorización:**

Yo autorizo al Doctor para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico completo sobre las necesidades dentales del paciente. También autorizo al Doctor para realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan ser indicadas. También entiendo que el uso de agentes anestésicos representa un cierto riesgo. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Tutor Legal\_\_\_\_\_  
Nombre impreso\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma del Dentista o Higienista