

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental

Nombre del Paciente <small>ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL</small>	Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Encargado	Parentesco/Relación con el Paciente	
Dirección		
<small>DIRECCIÓN POSTAL</small>	<small>CIUDAD</small>	<small>ESTADO</small>
Teléfono	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<small>Casa</small>		<small>Trabajo</small>

¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? Sí No
 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre?

Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.

Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?

- | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas) | <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Oído | <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos | <input type="checkbox"/> Otras _____ |
| <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis) | |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA | <input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis) | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas | |

Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño:

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Historia del Niño

- | | Sí | No |
|--|------------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____ Si es así, por favor haga una lista: _____ | 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____ | 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____ | 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____ | | |
| 5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____ | 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? | 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____ | 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? | 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? | 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla?..... | 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?..... | 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? | 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? | 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? | 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____ | 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? | 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? | 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? | 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? | 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?..... | 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada | | |
| 22. ¿Toma el niño suplementos fluorados? | 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Usa dentífricos fluorados? | 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____ | 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? | 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____ | | |
| 27. ¿Participa el niño en actividades recreativas energéticas? | 27. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado _____ Fecha _____

A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios _____

Sólo Para Uso de la Oficina: Alerta Médica Premedicación Alergias Anestesia Revisado por _____
 Fecha _____

POLÍTICA FINANCIERA

Nos complace ser parte del equipo cuya misión principal es brindarle la mejor y más completa atención dental disponible en la actualidad. Además, estamos dedicados a hacer que su atención de alta calidad sea lo más rentable posible. Para promover una relación satisfactoria a largo plazo, presentamos a continuación las políticas financieras de nuestra oficina.

OPCIONES DE PAGO

- Para todos los pacientes, la responsabilidad de pago por el servicio vence en, o antes de, el momento en que se prestan los servicios.
- Para pacientes con seguro, cobraremos cualquier deducible y/o copago estimado en el momento del servicio.
- Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express; también ofrecemos financiamiento a través de Care Credit y Lending Club.
- Cualquier responsabilidad del paciente debida a un tratamiento anterior estará sujeta a un plan de pago contingente a partir del permiso de nuestra clínica para mantener una tarjeta de crédito registrada.

SEGURO: Como cortesía a usted, presentaremos un reclamo de pago a su compañía de seguros.

- Con gusto hablaremos sobre su tratamiento propuesto, responderemos cualquier pregunta relacionada con su seguro y le proporcionaremos una **ESTIMACIÓN** de lo que su compañía de seguros pagará por su tratamiento.
- Nuestra oficina no garantiza el pago real efectuado por su compañía de seguros, que puede diferir de la estimación original.
- No todos los servicios que brindamos son beneficios cubiertos por el seguro. Las tarifas por servicios no cubiertos se deben pagar al momento del servicio o antes.
- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros; usted es **COMPLETAMENTE RESPONSABLE** de cualquier cargo por el tratamiento brindado y cualquier diferencia entre el presupuesto original y la factura final.
- Le facturaremos a su seguro secundario como cortesía, pero usted es responsable de los gastos directos estimados relacionados con el seguro primario.
- No facturamos seguros médicos por los servicios prestados en nuestra clínica.

CITAS PERDIDAS

- Para citas de odontología general, se cobrará una tarifa de \$50 por toda cita cancelada perdida y con poca antelación (con menos de 24 horas de anticipación).
- Para citas especiales, se cobrará una tarifa de \$150 por toda cancelación perdida y de poca antelación.
- Nuestra oficina se reserva el derecho de limitar citas futuras si se producen cancelaciones con poca antelación más de dos veces. Las citas se efectúan por necesidad y esta vez está reservada exclusivamente para usted y sus necesidades dentales.

CHEQUES DEVUELTOS: se aplicará un cargo de \$25 cuando si se devuelve un cheque del banco

TARJETA DE CRÉDITO DENEGADA: se aplicará un cargo de \$25 cuando se deniegue una tarjeta de crédito cuando el paciente esté en un plan de pago de Información de Seguro Primario:

Compañía de seguros: _____ Nombre del suscriptor: _____

FDN del suscriptor: _____ Relación: _____ # ID: _____ Grupo #: _____

Información de Seguro Secundario:

Compañía de seguros: _____ Nombre del suscriptor: _____

FDN del suscriptor: _____ Relación: _____ # ID: _____ Grupo #: _____

Su firma a continuación reconoce que recibió este formulario y que comprende completamente todas nuestras políticas.

Firma _____ Fecha _____