

**PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente	Edad	Teléfono de casa ( )	<input type="checkbox"/>	<i>Marque una casilla a la izquierda para indicar la forma preferida de contactarlo por teléfono</i>
Dirección de casa	Ciudad, Estado, Código postal	Celular del padre ( )	<input type="checkbox"/>	
Correo electrónico para confirmar citas		Teléfono del trabajo del padre ( )	<input type="checkbox"/>	
Nombre del padre _____		<input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento
Nombre de la madre _____		<input type="checkbox"/> Femenino		
Compañía de seguros primaria _____ Grupo _____		Suscriptor _____		
Compañía de seguros secundaria _____ Grupo _____		Suscriptor _____		

**PARTE RESPONSABLE**

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre	Número de Seguro social	Teléfono de casa ( )	<input type="checkbox"/>	<i>Marque una casilla a la izquierda para indicar la forma preferida de contactarlo por teléfono</i>
Dirección de casa	Ciudad, Estado, Código postal	Celular del padre ( )	<input type="checkbox"/>	
Correo electrónico		Teléfono del trabajo ( )	<input type="checkbox"/>	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Pronombre preferido _____	Fecha de nacimiento		Licencia de conducir y Estado
Empleador de la persona responsable		Ocupación		
Dirección del empleador		Ciudad, Estado, Código postal		

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DE LA PARTE RESPONSABLE O DEL OTRO PADRE**

Nombre	Número de Seguro social	Fecha de nacimiento	Teléfono de casa ( )	<input type="checkbox"/>	<i>Marque una casilla a la izquierda para indicar la forma preferida de contactarlo por teléfono</i>
Empleador	Ocupación		Teléfono celular ( )	<input type="checkbox"/>	
Dirección del empleador	Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono del trabajo ( )	<input type="checkbox"/>	

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre	Relación	Teléfono ( )
Nombre	Relación	Teléfono ( )

Si fue referido, ¿a quién podemos agradecer por recomendarlo? \_\_\_\_\_

\*Responderé todas las preguntas de salud al mejor de mi conocimiento. \_\_\_\_\_ (Inicial)

Después de la explicación del médico, por la presente autorizo la prestación de servicios dentales al paciente mencionado arriba y cualquier procedimiento que sea necesario según las órdenes del médico para llevar a cabo estos procedimientos. También autorizo y solicito la administración de anestésicos orales y tópicos y radiografías según lo considere necesario y aconsejable el médico.

\*Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Términos y condiciones:** esta oficina depende del reembolso del paciente por los costos incurridos en su cuidado. La responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento. Como condición para el tratamiento por parte de este consultorio, entiendo que los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin acuerdo financiero previo, deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que los servicios dentales que se me prestan se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. Si tengo seguro, entiendo que esta oficina ayudará a preparar mis formularios de seguro para ayudar a hacer cobros de las compañías de seguros y acreditará dichos cobros a mi cuenta. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios bajo el supuesto de que una compañía de seguros pagará los cargos. Cesión de seguro: por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria y también autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a esta Oficina los beneficios que se me otorgan en virtud de mi póliza. Entiendo que la tarifa estimada que figura para este cuidado dental solo puede extenderse por un período de 90 días a partir de la fecha del examen del paciente. También entiendo que para cobrar mi deuda, mi historial de crédito puede verificarse mediante el uso de mi número de Seguro social o cualquier otra información que yo haya proporcionado. Estoy de acuerdo en que, en el caso de que esta oficina o yo iniciemos cualquier procedimiento legal con respecto a los montos adeudados por mí por los servicios prestados, la parte prevaleciente en dichos procedimientos tendrá derecho a recuperar todos los costos incurridos, incluyendo los honorarios razonables de abogados. Le doy mi autorización a usted, o a sus cesionarios, para que me llamen por teléfono a mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. He leído las condiciones anteriores y acepto su contenido.

**CONSENTIMIENTO**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Historial dental** (circule S para Sí o N para No)

- A. S N ¿Por qué ha traído hoy a su hijo? (por ejemplo: dolor, chequeo/limpieza, etc.) \_\_\_\_\_
- B. S N ¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista? Dentista anterior \_\_\_\_\_  
Última visita \_\_\_\_\_ Fecha de la última limpieza \_\_\_\_\_
- C. S N Razones para cambiar de dentista, si corresponde: \_\_\_\_\_
- D. S N ¿Cuándo fue su (o del padre) última visita al dentista? \_\_\_\_\_
- E. S N ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores? \_\_\_\_\_
- F. S N ¿Su hijo está nervioso o ansioso por ver a un dentista? En caso afirmativo, díganos por qué: \_\_\_\_\_
- G. S N ¿Su hijo alguna vez ha sido sedado o se le ha administrado óxido nitroso (gas de la risa) para un tratamiento dental?  
Explique: \_\_\_\_\_
- H. S N ¿Requiere su hijo un "artículo de confort" para el tratamiento dental (auriculares, manta, juguete, etc.)?  
Describa: \_\_\_\_\_
- I. S N ¿Su hijo generalmente toma antibióticos antes de un tratamiento dental? ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- J. S N ¿Alguien ayuda a su hijo a cepillarse los dientes? ¿Quién? \_\_\_\_\_
- K. S N ¿Su hijo se cepilla? ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- L. S N ¿Su hijo usa hilo dental? ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- M. S N ¿Su hijo usa un cepillo eléctrico, *water pik* o hilo dental eléctrico? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- N. S N ¿Su hijo toma gotas, tabletas o enjuague de flúor? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- O. S N ¿Con qué frecuencia come su hijo alimentos/bebidas azucaradas como dulces, pasteles, galletas, jugos, refrescos, etc.? (nunca, rara vez, 1-2 veces a la semana, diariamente, muchas veces al día)

**Salud bucal** (circule S para Sí o N para No)

1. Considero que la salud bucal de mi hijo es (marque una):  Excelente  Buena  Promedio  Mala Si es promedio o mala, describa: \_\_\_\_\_
2. S N ¿Le duelen los dientes o las encías a su hijo? Describa: \_\_\_\_\_
3. S N ¿Ha tenido su hijo una lesión facial o mandibular? Describa: \_\_\_\_\_
4. S N ¿Tiene su hijo problemas para comer? Describa: \_\_\_\_\_
5. S N ¿Las encías de su hijo están sensibles o hinchadas o sangran al cepillarse o al pasar el cepillo? \_\_\_\_\_
6. S N ¿Alguna vez le han dicho que su hijo tiene gingivitis? \_\_\_\_\_
7. S N ¿Está contento con cómo se ven los dientes de su hijo? ¿Por qué no? \_\_\_\_\_
8. S N ¿Está satisfecho con la mordida de su hijo? ¿Por qué no? \_\_\_\_\_
9. S N ¿Su hijo se chupa el dedo, un chupete/otro objeto? \_\_\_\_\_
10. S N ¿Cree que su hijo necesita o necesitará aparatos ortopédicos en los dientes? ¿Por qué? \_\_\_\_\_
11. S N ¿Su hijo ha tenido aparatos ortopédicos o usado alineadores para enderezar sus dientes? \_\_\_\_\_
12. S N ¿Participa su hijo en algún deporte o actividad similar? En caso afirmativo, indique cuál: \_\_\_\_\_
13. S N ¿Utiliza su hijo un guardanocturna, una protección para deportes o un dispositivo similar para proteger sus dientes? \_\_\_\_\_
14. S N ¿Su hijo aprieta o rechina los dientes durante el día o mientras duerme? \_\_\_\_\_
15. S N ¿Tiene su hijo dolor de mandíbula o le truena la mandíbula cuando abre su boca? \_\_\_\_\_
16. S N ¿Padece su hijo de náuseas, ronquidos, respiración por la boca o apnea del sueño? \_\_\_\_\_
17. S N ¿Su hijo sufre de insomnio o tiene otros trastornos del sueño? \_\_\_\_\_
18. ¿Cuáles son sus prioridades para la salud bucal de su hijo? (por ejemplo, apariencia, salud dental, consideraciones financieras, etc.) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Salud general

1. Considero que la salud general de mi hijo es (marcar uno)  Excelente  Buena  Promedio  Mala Si es promedio o mala, describa: \_\_\_\_\_
2. S N ¿Su hijo está siendo tratado actualmente por un médico? Razón: \_\_\_\_\_
3. Estatura del niño: \_\_\_\_\_ Peso del niño: \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Circule S para Sí o N para No. Alto riesgo de endocarditis bacteriana

S N Válvula cardíaca artificial (prótesis)\*\*

S N Endocarditis infecciosa previa (infección cardíaca)\*\*

S N Válvulas dañadas en corazón trasplantado\*\*

Cardiopatía congénita (CHD):

S N CHD cianótico no reparada, incluyendo derivaciones y conductos (sangre que pasa por los pulmones)\*\*

S N CHD, reparado (completamente) en los últimos 6 meses\*\* S N

CHD, reparado con defectos residuales\*\*

*\*\* Excepto por estas condiciones, la profilaxis antibiótica ya no se recomienda para ninguna otra forma de enfermedad cardíaca o CHD*

5. S N ¿Enfermedades cardiovasculares? En caso afirmativo, responda S/N a las preguntas 5a-5d a continuación:
  - a. S N Enfermedad cardíaca Describa: \_\_\_\_\_
  - b. S N Problema de válvula cardíaca/soplo cardíaco/prolapso de la válvula mitral/febre reumática, cardiopatía congénita/lesiones
  - c. S N Arritmia cardíaca \_\_\_\_\_
  - d. S N Presión arterial anormal ¿Alta o baja? \_\_\_\_\_ Presión arterial típica: \_\_\_\_\_
6. S N ¿Enfermedades respiratorias? En caso afirmativo, responda S/N a las preguntas 6a-6e a continuación:
  - a. S N Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias o problemas respiratorios. Describa: \_\_\_\_\_
  - b. S N Tuberculosis
  - c. S N Enfermedad pulmonar, neumonía, bronquitis. Describa: \_\_\_\_\_
  - d. S N Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides/amígdalas
  - e. S N Fiebre del heno
7. S N ¿Diabetes/enfermedades endocrinas? En caso afirmativo, responda S/N a las preguntas 7a-7e a continuación:
  - a. S N Diabetes Tipo: \_\_\_\_\_ El "A1c" más reciente fue \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
  - b. S N ¿Toma insulina/medicamentos para la diabetes? En caso afirmativo, proporcione el nombre: \_\_\_\_\_
  - c. S N ¿Se toman mediciones de azúcar en la sangre? Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_
  - d. S N Micción y/o sed excesiva
  - e. S N Enfermedad tiroidea o enfermedad pituitaria Describa: \_\_\_\_\_
8. S N ¿Otras enfermedades y afecciones importantes?
  - a. S N ¿Artritis? Indique el tipo (osteoartritis, reumatoide, etc.): \_\_\_\_\_
  - b. S N Implantes/articulaciones artificiales: cadera-rodilla \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
  - c. S N Trauma - ¿cabeza, cuello o cuerpo? Describa: \_\_\_\_\_
  - d. S N Trasplante/donante de órganos. ¿Cuál \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
órgano?
  - e. S N Cáncer, tumor o tumor maligno Describa: \_\_\_\_\_
  - f. S N Quimioterapia/radioterapia
  - g. S N Anemia, anemia drepanocítica/rasgo o trastorno sanguíneo. Describa: \_\_\_\_\_
  - h. S N Hemofilia, moretea con facilidad o sangrado excesivo
  - i. S N Herpes/úlceras aftosas
  - j. S N VIH/SIDA
  - k. S N Trastorno inmunológico. Describa: \_\_\_\_\_
  - l. S N Dolores de cabeza/migrañas, desmayos o mareos recurrentes o frecuentes. Describa: \_\_\_\_\_
  - m. S N Desmayos, pérdida del conocimiento o mareos. Describa: \_\_\_\_\_
  - n. S N Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones. Describa: \_\_\_\_\_
  - o. S N ¿Ha tomado su hijo opiáceos/narcóticos para controlar el dolor? Última fecha en que se tomaron: \_\_\_\_\_

Solo notas del médico:

9. S N ¿Problemas/tratamiento conductuales, emocionales, de comunicación o psiquiátricos? En caso afirmativo, responda S/N a las preguntas 9a-9f a continuación:
- a. Describa: \_\_\_\_\_  
Tratamiento/medicamentos recibidos: \_\_\_\_\_
  - b. S N Autismo/trastorno del espectro autista/Síndrome de Asperger
  - c. S N Trastorno de procesamiento sensorial
  - d. S N Déficit de atención/trastorno de hiperactividad (ADD/ADHD)
  - e. S N Depresión/ansiedad
  - f. S N Problemas de la visión, procesamiento visual, audición o habla

10. S N ¿Ha tenido su hijo cirugía mayor u hospitalizaciones?
- Año \_\_\_\_\_ Tipo de operación \_\_\_\_\_
- Año \_\_\_\_\_ Tipo de operación \_\_\_\_\_
- Año \_\_\_\_\_ Tipo de operación \_\_\_\_\_
- Año \_\_\_\_\_ Tipo de operación \_\_\_\_\_

11. S N ¿Hay algo más de naturaleza médica o conductual que le gustaría que supiéramos sobre su hijo? \_\_\_\_\_

12. ¿Su hijo es alérgico a alguno de los siguientes?
- a. S N Anestésicos locales (por ejemplo, novocaína, lidocaína)
  - b. S N Penicilina
  - c. S N Otros antibióticos \_\_\_\_\_
  - d. S N Látex
  - e. S N Aspirina (Excedrin, Bayer, etc.)
  - f. S N Ibuprofeno (Advil, Motrin, etc.)
  - g. S N Acetaminofén (Tylenol, etc.)
  - h. S N Drogas de sulfa/sulfitos/sulfuros
  - i. S N Codeína
  - j. S N Metales, plásticos
  - k. S N Tintes o colorantes artificiales
  - l. S N Leche o productos lácteos
  - m. S N Yodo, antisépticos a base de yodo, mariscos o tintes radiológicos. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
  - n. S N Piñones, colofonia, maní y otros frutos secos? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
  - o. S N Otras alergias. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

13. Indique todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente (o envíe una lista de medicamentos):
- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Medicamento _____ | Condición _____ |
| Medicamento _____ | Condición _____ |
| Medicamento _____ | Condición _____ |
| Medicamento _____ | Condición _____ |
| Medicamento _____ | Condición _____ |

14. Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_
- Dirección \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

15. Nombre del pariente más cercano que no vive con el niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Historial médico/dental inicial revisado por:	<i>(Si el paciente es menor, se requiere la firma del tutor)</i>	
X _____ <i>Firma del médico</i> _____ <i>Fecha</i> _____	X _____ <i>Firma del padre/tutor</i> _____	_____ <i>Fecha</i> _____
Historial médico/dental periódico revisado por:	X _____ <i>Firma del padre/tutor</i> _____	_____ <i>Fecha</i> _____
X _____ <i>Firma del médico</i> _____ <i>Fecha</i> _____	X _____ <i>Firma del padre/tutor</i> _____	_____ <i>Fecha</i> _____
X _____ <i>Firma del médico</i> _____ <i>Fecha</i> _____	X _____ <i>Firma del padre/tutor</i> _____	_____ <i>Fecha</i> _____

Solo notas del médico: