PEDIATRIC DENTISTRY

Bienvenido a la oficina de la Dr. Ivette Díaz

Nos sentimos honrados de que usted nos haya seleccionado para proporcionar cuidado dental para sus hijos. Por favor llene el siguiente formulario para ayudarnos a servirle.

PERSONSA RESPONSABLE

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____

Números de teléfono: Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Cónyuge u otro guardián: _____ Relación al paciente: _____

Números de teléfono: Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Domicilio: _____ Número de teléfono del hogar: _____

_____

¿A quien podemos agradecerle su referido a nuestra oficina? _____

Nuestra oficina sólo enviará confirmación de citas a través de correo electrónico y mensajes de texto. ¡No enviamos propaganda! Por favor, háganos saber su método preferido de contacto:

Correo electrónico principal: _____ Número de teléfono principal: _____

PROPIETARIO DE LA POLIZA

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Compañía de seguros: _____ Número de teléfono _____

Número de identificación o número de seguro social: _____ Número de grupo: _____

Dirección para reclamos: _____

Como cortesía, verificaremos y someteremos su reclamo al seguro para usted. Es importante que tengamos una copia de su tarjeta de seguro. Por favor tome una foto del frente y la parte posterior de su tarjeta de seguro y por correo electrónico envíelo a ins@abc123pd.com.

Scanned by CamScanner

PEDIATRA

Nombre del pediatra: _____ Número de teléfono: _____

FARMACIA

Nombre: _____ Número: _____

NIÑOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, autorizo la Dra. Ivette Díaz para llevar a cabo cualquier servicio necesario para mí(s) hijo(s) como exámenes, radiografías, limpieza, flúor, etcétera según se considere necesario para el diagnóstico de su condición dental.

ABC123 Pediatric Dentistry presentará el reclamo de seguro para usted. Tenga en cuenta que sólo podemos presentar la reclamación con la información que nos ha proporcionado. Autorizo cualquier información relacionada con esta afirmación. Me doy cuenta de que soy responsable por todos los costos de procedimientos y servicios odontológicos recibido por mis hijos. Por la presente, autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a la Dra. Ivette Díaz.

Después de la examinación inicial, le daremos una estimación de las tasas para cubrir cualquier servicio que necesite su(s) hijo(s). En ese momento, se harán arreglos financieros previo a cualquier tratamiento que se realize.

Autorizo a ABC123 Pediatric Dentistry y Dra. Ivette Diaz ponerse en contacto con proveedores terceros y discutir información para el paciente según sea necesario para completar los datos del historial medico o tratamiento dental.

Firma: _____ Nombre: _____ Date: _____

Autorización

Autorizo a las siguientes personas para traer cualquier niño escrito arriba a su visita dental. Doy mi consentimiento para que puedan tomar decisiones para su visita dental y en caso de emergencia. Entiendo que la persona responsable seguirá siendo responsable por todos los costos del tratamiento. Debe tener 18 años o más.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Scanned by CamScanner

HISTORIAL MEDICO para (nombre del niño): _____

¿Cuándo fue la última visita del niño al pediatra? _____

¿Están al día las vacunas de su hijo? _____

¿Este niño ve a cualquier otro médico además del pediatra? _____

¿Si es así, cual, qué especialidad y para qué condición? _____

Si su hijo es alérgico a algún medicamento, favor de escribirlo. _____

Si su hijo es alérgico a algún alimento, favor de escribirlo. _____

Si su hijo tiene alergias estacionales, favor de escribirlas. _____

¿Es su hijo **alérgico a látex**? _____

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes condiciones? (marque todos que aplican)

- o ADHD/ADD
- o Alta o baja presión arterial
- o Anemia
- o Asma
- o Autismo
- o Bajo atención psiquiátrico
- o Cáncer
- o Desorden Alimenticio
- o Diabetes
- o Dolor en las coyunturas
- o Embarazo
- o Enfermedad de los pulmones
- o Enfermedad de los riñones
- o Enfermedad del hígado
- o Epilepsia o convulsiones
- o Fiebre Reumática
- o Herpes Genital
- o Herpes labial
- o Hipoglicemia o hiperglicemia
- o Mareos o desmayo
- o Ocurren moretones fácilmente
- o Parálisis Cerebral
- o Piojos
- o Problemas de Sangrado
- o Problemas del corazón congénito
- o Quimioterapia o Radiación
- o Síndrome de Down
- o Soplo de Corazón
- o Transfusión de Sangre
- o Trasplante de órgano
- o Tuberculosis
- o Ulceras o problemas estomacales
- o Usa tabaco
- o VIH o SIDA

- o Ninguna

¿Su hijo tiene cualquier condición no incluida en nuestra lista? _____

Si hijo está tomando actualmente algún medicamento, favor de escribirlo.

_____

¿Su hijo ha sido hospitalizado bajo cuidado de un médico en los últimos dos años?_____ Si es así, ¿por qué? _____

¿Su hijo necesita antibióticos antes del tratamiento dental? _____

¿Ha tenido su hijo alguna vez una cirugía bajo anestesia general? _____

¿Hubo una reacción adversa? _____

Scanned by CamScanner

HISTORIA DENTAL para (nombre del niño): ___

¿Motivo de esta visita? _____

¿Este es la primera visita dental de su hijo? _____ Si no, ¿cuál es la fecha de su última visita? _____

Nombre de dentista anterior _____ tipo de dentista _____

Teléfono _____ Necesitamos obtener radiografías anteriores? _____

¿El dentista previo le informo que su hijo tiene caries? _____

¿Ha su hijo sido sedado para trabajo dental? _____¿Si es así, fue las sedación un éxito? _____ ¿Ellos fueron capaces de completar el tratamiento dental planificado? _____

¿Qué medicamentos utilizaron? _____

¿Ha tenido su hijo sedación intravenosa o anestesia General para el tratamiento dental? _____

¿Ha tenido su hijo alguna vez alguna lesión a su dientes, boca, cabeza o mandíbula? _____ En caso afirmativo, describa: _____

¿Ha tenido alguna mala experiencia dental o médica en el pasado su hijo? _____En caso afirmativo, describa: _____
¿Cómo podemos lograr una experiencia más positiva para su hijo? _____

¿Su hijo participa en deportes? _____ ¿Si es así, que? _____

¿Fue su hijo lactado, alimentado a través de biberón, o ambos y hasta qué edad? _____

¿Su niño se cepilla dos veces al día? _____ ¿Tiene supervisión de un adulto cepillándose? _____

¿Su hijo use hilo dental todos los días? _____ ¿Tiene supervisión de un adulto usando hilo dental? _____

¿Ha su niño tenido algunos de los siguientes hábitos? (marque todos que aplican)

- o Rechina los dientes
- o Respiración oral en vez de nasal
- o Ronca
- o Se chupa los dedos
- o Usa un chupete

- o Ninguno

¿Hay algo que quisiera discutir con la Dra. Ivette Diaz no enfrente de su hijo? _____

Scanned by CamScanner