



## Bienvenido a nuestra oficina

### Acerca de su niño (a)

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

¿Cómo prefiere su hijo que le llamen \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ O Masculino O Femenino

¿Quién trajo al niño hoy? \_\_\_\_\_

¿Quién es el responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

### Como escucho de nuestra oficina

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amigo (nombre) _____<br><input type="checkbox"/> Paso conduciendo<br><input type="checkbox"/> Referido por su Seguro Medico<br><input type="checkbox"/> Google<br><input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro Dentista (Nombre) _____<br><input type="checkbox"/> Otro Pediatra (Nombre) _____<br><input type="checkbox"/> Nuestra página web<br><input type="checkbox"/> Bill Board _____<br><input type="checkbox"/> Familiar que es paciente |
|--|---|

### Historial Medico

¿Ha tenido su niño alguna de estas condiciones?

- | S   N   | S   N   |
|---|---|
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Anemia  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Problema de vision (izquierda o derecha)                                |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Trastorno de sangrado o Hemofilia                 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Incapacidad de oir (derecha, izquierda o los dos)                       |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de Corazón (corriente u operado)        | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Desorden inmunologico, HIV, AIDS o ARC                                  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Soplo de Corazón ( <i>Inocente o Patológico</i> ) | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de riñon o transplante  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tetralogia de Fallot                              | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de hígado o transplante                                       |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre remautica o escarlatina                    | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Implantaciones de clavos, tornillos o varillas                          |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Propenso a hematomas o sangra facilmente          | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cancer, Maligno, Leukemia o Limfoma                                     |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Asma o problemas de Pulmón                        | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Abuso fisico o emocional  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pulmonia (¿ cuando? _____)                        | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Labio partido   |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes ( <i>NIDDM or IDDM _____ x day</i> )     | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Incapacidad de aprendizaje  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ataques, Epilepsia or Convulsiones                | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Defectos de nacimientos o congenitos                                    |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de comportamiento o emocionales         | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tuberculosis o test positivos previos                                   |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Diagnosticado con ADD, ADHD or Hiperactividad     | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Desarrollo deficiente ( <i>Aprox funciones de edad del niño _____</i> ) |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas Psiquiaticos                            | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Paralysis Cerebral  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Síndrome de "Down"                                | <input type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Requiere su hijo antibióticos pre-medicación para el trabajo dental?   |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Trastorno de espectro autistico                   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hay Alguna posibilidad que su hija este embarazada?                     |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergia a latex o sensibilidad                    |   |



## Continuacion de Historial Medico...

Por favor liste alguna condición médica que haya tenido su niño (a) en el pasado o presente que afecte el tratamiento de su hijo (a):

\_\_\_\_\_

El paciente está tomando algun medicamento (s)?  Si  No Aliste las medicinas por favor \_\_\_\_\_

El paciente está bajo el cuidado de algún doctor?  Si  No Si contesto que si díganos porque? \_\_\_\_\_

Es su niño alérgico o alguna vez ha tenido una reacción contraria a alguna medicación, antibióticos, o comidas?  Si  No

Si contesto que si especifique cuál? \_\_\_\_\_ Que paso cuando su niño (a) lo ingirió \_\_\_\_\_

Por favor liste el nombre y número telefónico del doctor de su hijo (a)

Tipo de doctor	Nombre del doctor	Numero de oficina

## Historial Dental

Alguna vez su niño ha sufrido de alguno de los siguientes problemas dentales?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| S                     | N                     | S                     | N                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Mal aliento / Halitosis
- Sangrado de Encias
- Manchas o decoloración en los dientes
- Fuegos o ampollas en la boca o labios
- Boca seca
- La mandíbula esta fuera de lugar (Derecha, Izquierda o las dos)
- Cavidades o infecciones dentales
- Dolor de dientes
- Dientes extras o faltantes
- Heridas o traumas en los dietes, boca, o cara

Su hijo a expresado alguna ansiedad o miedo a cosas relacionadas con dental?  Si  No \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo alguna mala experiencia en otra oficina dental? \_\_\_\_\_

Como describiría la salud dental de su hijo actualmente?  Excelente  Buena  Más o menos  Pobre

**ESTOY DE ACUERDO QUE TODA LA INFORMACION DEL HISORIAL MEDICO ESTA VIGENTE Y CORRECTO**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Persona(s) Responsable de la cuenta

**Información de la madre:** Madre      Madrastra      Madre promotora      Guardián Legal  
**Abuela**

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Ocupacion:
Direccion:	Seguro Social #	Empleador:
Ciudad, Estado, Codigo Postal:	Estado Marital:	Correo electronico
Telefono de casa:	Telefono Mobil:	Telefono del trabajo:
Correo Electronico:		

**Información del padre:** Padre      Padrastro      Padre promotor      Guardián Legal  
**Abuelo**

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Ocupacion:
Direccion:	Seguro Social #	Empleador:
Ciudad, Estado, Codigo postal:	Estatus Marital:	Correo electronico
Telefono de casa:	Telefono mobil:	Telefono de trabajo:
Correo Electronico:		

## Declaracion Medico/Dental

Doy mi consentimiento para que el doctor presente, de Texas Tiny Teeth haga un examen completo y exhaustivo en el paciente nombrado anteriormente, incluyendo cualquier diagnósticos o radiografías necesarios. A lo mejor de mi conocimiento, la información que he dado es correcta y tengo entendido que se celebrará en la más estricta confidencialidad posible. Además, entiendo que es mi responsabilidad informar a Texas Tiny Teeth de cualquier cambio futuro en condiciones de salud de mi hijo. Como el padre o tutor legal del paciente previamente con nombre, quedará concedido el doctor presente y su permiso de personal para realizar cualquier procedimiento que sea necesario. También entiendo que todos los tratamientos necesarios se explicarán antes de la fecha de inicio y que yo soy responsable de pago en su totalidad en el momento del servicio, a menos que se hayan aprobado disposiciones anteriores requisitos para la presentación de reclamaciones de seguros.

Requisito para la presentación de reclamaciones de seguro. Para precipitar la presentación de mis reclamaciones de seguro dentales mediante la presente, autorizo la divulgación de información confidencial a mi agencia de seguros dental y comprendo que soy totalmente responsable de cualquier saldo restante después de que haya recibido el pago de seguro.



También soy plenamente responsable si mi póliza de seguro no paga, por cualquier razón, dentro de los 30 días de tratamiento. Autorizo a pago de prestaciones del seguro directamente a además de a Texas Tiny Teeth, en caso de defecto de pago por servicios prestados anteriormente. También me comprometo a pagar todos los honorarios legales incurridos en un intento de reunir sobre esta cantidad y/o colección razonable.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuerdo Financiero

Nosotros apreciamos que haya elegido nuestra oficina para la atención dental de su hijo. En Texas Tiny Teeth, valoramos nuestra relación con su familia y nos gustaría informarle de lo siguiente como nuestra póliza de pago.

- Si las prestaciones del seguro se asignan al médico, usted será responsable de pagar el deducible y copagos en el momento de servicio. Usted es responsable de pagar todos los gastos no cubiertos por su compañía de seguros, incluidos todos los gastos que consideran por encima de los programa de honorarios habituales y consuetudinarias de su compañía de seguros. Los beneficios de seguro son un contrato entre usted y su empleador. La cantidad de cobertura que reciba dependerá de la calidad del plan adquirido por su empleador, no los honorarios dental en Texas Tiny Teeth.
- En dicho caso, estaremos encantados de ayudarle a recibir el máximo de los beneficios disponible en virtud de su póliza. Como cortesía, nosotros nos ofrecemos para comunicarle a su compañía se seguros acerca del servicio prestado con el objetivo de cantidad de pago después de cada visita. Sin embargo, por favor, sea consciente de que la relación es entre usted, el asegurado y su compañía de seguros. Si no recibimos pago de su compañía de seguros dentro de 60 días después de la presentación de la reclamación, se le ve responsable para pagar todos los servicios dentales en su totalidad. En el caso de pagos duplicados, su cuenta será reembolsada.
- Una vez que el plan de tratamiento y beneficios estimados de seguros se revisan con usted, le pediremos que pague su parte en su totalidad en el momento de servicio.
- Tenga en cuenta que los padres o tutores del niño debe pagar por los servicios prestados el mismo día en la oficina.

. He leído y entiendo las pólizas de pago de la Oficina:

\* \_\_\_\_\_  
Padre/Guardian (**letra molde**)

\* \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\* \_\_\_\_\_  
Fecha



## GUIA PARA PADRES

Queridos padres;

Nosotros queremos que usted y su hijo reciban el mejor tratamiento posible en nuestra oficina. Nosotros sentimos que este es un proceso unido en el cual los padres juegan un papel fundamental. El área de tratamiento dental sirve de múltiples funciones. Nos gustaría clarificarle para lo que las áreas de tratamiento son usadas y como usted puede minimizar el desenlace para su niño. Oficinas dentales preforman dos procedimientos no-invasivos e invasivos al mismo tiempo en el área de tratamiento. Los chequeos regulares de su hijo son considerados no-invasivos, cirugías dentales y operativas son considerados invasivos.

Como padres nosotros sabemos cuanto tiempo usted a pasado en la oficina del medico de su niño y nosotros, como dentistas, compartimos algunas similitudes con ellos, mas notable vemos muchos pasientes durante el día para procesos no-invasivos. La diferencia mas notable es que un medico perfoma sus cirugias invasivas en un escenario externopaciente o en un hospital donde unicamente empleados y doctores estan presentes. Un dentista perfoma sus procedimiento de cirugia y operacion en la misma area y almismo tiempo nuestro no-invasivos pacientes son vistos. El dentista requiere el mismo nivel de concentracion que se le da a un medico en su anviente de control. Movimiento y distracciones minimas en y cerca de el area de operativa son cruciales para el cuidado optimo de los niños.

### Usted puede asistirnos siguiendo unas cuantas guias:

1. Dejenos preparar a su hijo.
2. Apoye la terminologia de nuestras practicas
3. Porfavor sea un **obserbador silencioso**. Significa que no hable durante el tratamiento dental. Apoye a su hijo con tocarlo.
  - a. Esto nos permite mantener comunicacion con su hijo.
  - b. Niños usualmente escuchan a sus padres envez de a nosotros y talvez no escuchen nuestra orientacion.
  - c. Usted talvez le de incorrecta o informacion confusa.
4. Si se le requiere que se valla este preparado para que inmediatamente se retire.
  - a. Muchos niños tratan de controlar la situacion.
  - b. “que actuen mal” es normal, pero inaceptable durante empastes.
  - c. Esto es previsto a “Corto circuito” el intento de control.
  - d. Nosotros vamos a continuar apoyando a su niño todo el tiempo

**Parientes adisionales arriba de dos años en el cuarto de tratamiento peresenta el potencial para ansiedad dental en el futuro para ellos mismos, por la posible malinterpretacion de la perspectiva de un niño.**

Siguiendo estas simples guias va a ayudar a asegurar el mejor resultado posible.

Yo e leído la informacion de arriba y se me ha explicado la polisa de la oficina de la presencia de los padres en el area de tratamiento.

Firma de el padre/Guardian: \_\_\_\_\_



## HIPPA Acuerdo de Consentimiento (Acto Privado)

Usted puede rehusarse a firmar este acuerdo

Doy mi autorizacion para el uso y revelacion de mi informacion de salud y la de mi depende para el proposito de tratamiento, pago, o comunicacion entre otros cuidados de salud profecionales (ejemplo otros doctores que pidan su informacion).

Yo entiendo que tengo el derecho a revisar la copia de practicas privadas (notice privacy practices) que prove mas informacion y descripcion completa de el uso de la informacion de salud y revelaciones.

Yo entiendo que tengo el derecho a revisar la copia de practicas privadas (notice privacy practices) antes de firmas este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### Para uso de oficina unicamente

Nosotros intentamos obtener por escrito el conocimiento.

El individuo se rehusa a firmar.

Inpedimento de comunicacion prohibio obtener el conocimiento de las practices privadas (Notice of Privacy Practices)

Una situacion de emergencia nos inpidio obtener el conocimiento por escrito de las practicas privadas

Otro (porfavor especifique)\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_