

Nos gustaría dar la bienvenida a usted y a su hijo/a a la oficina

Por favor díganos acerca de su hijo/a

Nombre del paciente Edad Fecha de Nacimiento.....
 Número de Seguro Social **del paciente** Sexo M or F Peso.....
 ¿Su hijo esta aquí por una razón en particular o tiene dolor? Si es así, ¿Cuál es el problema?

Pediatra Teléfono # ()
 Domicilio del pediatra FAX # ()

Los nombres de los otros niños en su familia
 (Nombre, Apellido, Edad)

Revisión de la Historia de Salud

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha ido su niño al hospital o ha tenido una lesión grave en los últimos seis meses? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está su niño actualmente bajo el cuidado de un doctor para cualquier problema médico? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está su hijo tomando algún medicamento o suplemento a base de hierbas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es su hijo alérgico a algún alimento, medicamentos (por ejemplo: la penicilina), o al látex ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene algunas condiciones inmuno-deprimidas, trasplante de órganos, ARC, o el SIDA? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sólo para mujeres, ¿embarazada? Si es así, ¿cuántos meses? |

Office Use	
.....	
.....	
.....	
Doctor's Initials	Date

¿Su hijo/a tiene o ha tenido una historia de cualquiera de las siguientes enfermedades?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias a medicamentos, cacahuates, látex , etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de los ojos / glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Síndromes genético |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma y otras enfermedades pulmonares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas auditivos / del habla |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autismo / mental / problemas emocionales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del corazón / soplo / defecto / cirugía |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades autoinmunes (SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia o problemas de sangrado / tiene moretones fácilmente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defectos de nacimiento / enfermedad congénita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis o enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas o cirugías en los huesos o las articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes / enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer / neoplasias malignas / leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal o problemas de vejiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nacimiento prematuro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infección de las amígdalas / adenoides / oído | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones / ataques / epilepsia / desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros |

Si ha respondido afirmativamente para cualquier pregunta, por favor explicar

¿Hay algo de importancia en la historia de salud de su hijo que no se ha preguntado o cualquier otra cosa que crees que deberíamos saber acerca de su hijo?

Si es así, explíquenos

Revisión de la historia Dental

Describiría usted a su hijo/a como: tímido asustado temeroso extrovertido otro

¿Su hijo/a ha visitado **otra oficina dental**? En caso afirmativo, **qué oficina** **¿Cuándo?**.....

¿Su hijo/a ha tenido problemas con el tratamiento dental? En caso afirmativo, por favor explique

¿Ha su hijo/a a sido sedado para el tratamiento dental? En caso afirmativo, por favor explique.....

¿Cómo se entero de nuestra oficina? (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Discovery Pediatric Dentistry Website: www.PediatricDentistsf.com | <input type="checkbox"/> Doctor Oogle.com | <input type="checkbox"/> YP.com (Yellow Pages.com) | <input type="checkbox"/> Yahoo.com |
| <input type="checkbox"/> Google.com | <input type="checkbox"/> Dentists4Kids.com | <input type="checkbox"/> AT&T Yellow Pages Directory | <input type="checkbox"/> Yelp.com |
| <input type="checkbox"/> Demandforce.com | | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Cuál Grupo del padre / grupo de la madre? | <input type="checkbox"/> ¿Cuál sitio de la red del seguro dental? | | |

¿Si un amigo, paciente, o Doctor lo refirió a nuestra oficina, a quien podemos darles las gracias por la referencia?

Indique el nombre y dirección: Amigo o familia Consultorio médico Consultorio dental

Nombre Esto es el nombre de: los padres o del paciente (Por favor, circulé uno)

Domicilio..... Teléfono # ()

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Y LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Información del Padre / padrastro / pareja / Guardián Legal

Nombre..... Fecha de Nacimiento.....
 SSN #..... or Tax ID #.....
 Licencia de manejar #..... Estado..... Caducidad.....
 Domicilio..... Apt. #.....
 Ciudad..... Estado..... Zona Postal.....
 Teléfono(casa)..... Celular.....
 ¿Está bien ponerse en contacto con este padre en su número de celular? Sí No

Correo electrónico.....
 ¿Podemos comunicarnos con este padre por correo electrónico? Sí No

Empleador.....
 Domicilio.....
 Ciudad..... Estado..... Zona postal.....
 Teléfono del trabajo (.....)..... Ext.....
 Ocupación.....
 Paciente vive con el padre

Persona responsable de esta cuenta Padre Madre
Persona responsable de hacer las citas Padre Madre

Información de la Madre / madrastra / pareja / Guardián Legal

Nombre..... Fecha de Nacimiento.....
 SSN #..... or Tax ID #.....
 Licencia de manejar #..... Estado..... Caducidad.....
 Domicilio..... Apt. #.....
 Ciudad..... Estado..... Zona Postal.....
 Teléfono(casa)..... Celular.....
 ¿Está bien ponerse en contacto con este padre en su número de celular? Sí No

Correo electrónico.....
 ¿Podemos comunicarnos con este padre por correo electrónico? Sí No

Empleador.....
 Domicilio.....
 Ciudad..... Estado..... Zona postal.....
 Teléfono del trabajo (.....)..... Ext.....
 Ocupación.....
 Paciente vive con la madre

Otro.....
 Otro.....

Su hijo tiene otra cobertura de seguro dental Si No

Una segunda cobertura de seguro dental probablemente ayudará a minimizar o incluso eliminar sus gasto del bolsillo. La cobertura adicional puede ayudarle con procedimientos que el seguro dental principal no cubre (por ejemplo, **rellenos blancos y los sellantes preventivos**). Si tiene preguntas acerca de la cobertura del seguro dental, nuestra clínica es feliz de explicarle como trabaja la doble cobertura. Le ayudaremos a obtener la información de su segundo seguro y que beneficios le pueden ayudar.

Seguro dental primario
 Seguro dental secundario
 Seguro dental terciario

Contacto (amigo o familia con números de teléfono diferente de arriba) Si No

Nombre..... Tel. Casa (.....)..... Tel. Celular (.....).....
 Relación..... Correo Electrónico..... Tel. Trabajo (.....).....

Certifico que he leído y entendido este formulario. A lo mejor de mi conocimiento, he contestado todas las preguntas completamente y con precisión. Informare a la oficina de cualquier cambio en la salud y medicamentos de mi hijo/a, información sobre la familia, responsabilidad financiera o cobertura de seguro. Además, yo no voy hacer al Fred C. Haeberlein, APDC, la oficina *Discovery Pediatric Dentistry*, o cualquier miembro que trabaja en la oficina responsable por los errores u omisiones que yo hice cuando complete este formulario. La práctica de la odontología implica el tratamiento de toda la persona. Si nuestros dentistas determinan que la situación médica es comprometida, una consulta médica con el pediatra o especialista puede ser necesaria antes de iniciar el tratamiento dental. Autorizo a la oficina del Fred C. Haeberlein, APDC ponerse en contacto con mi médico.

Firma de Padre o Guardián Legal _____ **Fecha** _____

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACION DE CHEQUEO O EMERGENCIA:

¿Ha habido cambios en la historia de salud de su hijo/a desde que llenaron este formulario originalmente?
 En caso afirmativo, **sírvase indicar cambios en el cuadro siguiente.** ↓

Office Use Only

Fecha	<i>Firma de los padres</i>	Cambios	DDS
Fecha	<i>Firma de los padres</i>	Cambios	DDS
Fecha	<i>Firma de los padres</i>	Cambios	DDS

Cuestionario de actualización:

La actualización del cuestionario de nuestra forma VAMOS A CONOCERNOS es **necesario cada 12 meses**, en acuerdo con el Estándar de Cuidado De la Academia de Odontopediatría Americana. Esto es necesario para el beneficio y el tratamiento seguro de su hijo y para la integridad de sus registros.

Mantener sus citas Si no puede mantener su cita, **por favor contacte a nuestra oficina en nuestro horario regular.** Si falla en avisarnos con un tiempo adecuado puede resultar en Un cubro de Cita Fallada (Missed Appointment Fee). No se harán cargo para reprogramar la cita si nos avisa **48 horas** antes de su cita reservada con una de nuestra recepcionista, para que puédanos ofrecer su tiempo reservado a otro paciente.

No consideramos un mensaje dejado en la grabadora como aviso de 48 horas de anticipación. Tiene que llamar y hablar con una persona en la recepción durante nuestras horas normales de trabajo.