



Información del Paciente

Nombre _____ Sex **M / F** DOB ____ / ____ / ____ Años _____
Primer Segundo Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono móvil (____) _____ - _____ Otro (____) _____ - _____

Email _____

Gracias por proporcionar su número de celular y correo electrónico. Enviamos comunicaciones importantes para los pacientes, como recordatorios de citas, ofertas y eventos, y boletines informativos sobre la educación del paciente. ¡No venderemos su información a terceros, ni hacemos spam!

Persona Responsable

Nombre _____ Relación _____ Estado Civil **M / D / S / W**

DOB ____ / ____ / ____ SSN ____ / ____ / ____ Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono móvil (____) _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Información del Seguro

La elegibilidad no es una garantía de pago por su seguro para cualquier reclamación presentada.

Plan de Seguros _____ Nombre del Suscriptor _____

Relación _____ Número de Grupo _____ DOB ____ / ____ / ____ SSN ____ / ____ / ____

Suscriptor Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Nombre del Empleador _____ Ocupación _____

Dirección del Empleado _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono (____) _____ - _____

Historial médico

Por favor responda a todas las siguientes preguntas de la manera más completa y precisa posible. **Círculo respuesta.**

1. ¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico? Y / N
 En caso afirmativo, explíquelo por favor _____
 2. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad o lesión grave? Y / N
 En caso afirmativo, explíquelo por favor _____
 3. ¿Se han eliminado las amígdalas o las adenoides de su hijo? Y / N
 4. ¿Está su hijo al día con todas las vacunas? Y / N
 ¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?
- | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|------------------------|-------|
| Sangrado anormal | Y / N | Epilepsia | Y / N | Problemas de riñon | Y / N | Fiebre reumática | Y / N |
| AIDS/HIV | Y / N | Desmayos | Y / N | Problemas de hígado | Y / N | Escarlatina | Y / N |
| Anemia | Y / N | Problemas de crecimiento | Y / N | Lupus | Y / N | Convulsiones | Y / N |
| Asma | Y / N | La discapacidad auditiva | Y / N | Sarampión | Y / N | Falta de aliento | Y / N |
| Transfusión de sangre | Y / N | Defecto del corazón | Y / N | Mitral valve prolapse | Y / N | Anemia falciforme | Y / N |
| Presión sanguínea | Y / N | Soplo cardíaco | Y / N | Mononucleosis | Y / N | Problemas de sinusitis | Y / N |
| Trastornos óseos | Y / N | Hemofilia | Y / N | Dificultades aprendizaje | Y / N | Problemas tiroideos | Y / N |
| Cáncer | Y / N | Hepatitis | Y / N | Discapacidades mentales | Y / N | Amigdalitis | Y / N |
| Diabetes | Y / N | Urticaria | Y / N | Discapacidades físicas | Y / N | Tuberculosis | Y / N |

Por favor, proporcione más detalles para cualquiera de las preocupaciones de salud verificadas _____

¿Tiene su hijo alguna afección o problema que no esté en la lista y que pueda afectar la atención o la salud? _____

Nombre del pediatra infantil _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Enumere todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente _____

¿Es su hijo alérgico a alguno de los siguientes?:

- Aspirin Penicillin Codeine Anestesia local Lidocaine/Novacaine Metal acrilico Drogas sulfa Látex
 Otras alergias o sensibilidades _____

Historia Dental

1. ¿Es esta la primera visita dental de su hijo? Y / N
En caso afirmativo, explíquelo por favor _____
2. ¿Cuál es el motivo de la visita de su hijo hoy?
3. ¿Ha experimentado su hijo algún problema con el cuidado dental o el trabajo anterior? Y / N
En caso afirmativo, explíquelo por favor _____
4. ¿Está su hijo nervioso o asustado por las visitas al dentista? Uestra Primera Visita / Algunos / Y / N
5. ¿Ha habido lesiones en los dientes, la mandíbula o la barbilla de su hijo? Y / N
En caso afirmativo, explíquelo por favor _____
6. ¿Alguna vez ha visto a su hijo un ortodoncista? Y / N
Nombre del ortodoncista _____
7. ¿Su hijo se cepilla los dientes diariamente? Y / N
8. ¿Su hijo usa hilo dental diariamente? Y / N
9. ¿Tiene o tiene su hijo alguno de los siguientes?:
- | | | | | | |
|-------------------------|-------|---------------------|-------|---------------------------------|-------|
| Apretando | Y / N | Hábitos del biberón | Y / N | Problemas del habla | Y / N |
| Masticando objetos | Y / N | Chupete chupando | Y / N | Rechinar los dientes | Y / N |
| Respiración por la boca | Y / N | Apnea del sueño | Y / N | Pulgar/dedo/chuparse los labios | Y / N |
| Mordiendo las uñas | Y / N | Ronquidos | Y / N | Empuje de la lengua | Y / N |

Fuente de Referencia

Si fue referido por un médico, paciente o empleado, indiquenos a quién agradecerle. _____

¿Cómo supo o escuchó acerca de nuestra oficina? **Marque todo lo que corresponda.**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anuncio | <input type="checkbox"/> Feria de salud, escuela o evento público Evento/Escuela: _____ |
| <input type="checkbox"/> Edificio | <input type="checkbox"/> Otro negocio / proveedor de salud Nombre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Children's Choice sitio web | <input type="checkbox"/> Buscador en línea (ie, Google, Bing, Safari) |
| <input type="checkbox"/> Compañía de seguros | <input type="checkbox"/> Social media (ie, Facebook, Instagram) |

Política Financiera

Cuando los beneficios se asignan directamente a esta oficina, si la compañía de seguros le envía un cheque por error, lo haremos responsable del reembolso inmediato y completo. Si la compañía de seguros no ha pagado el beneficio completo disponible, le haremos responsable directamente del pago del monto pendiente. En cualquier momento durante el tratamiento, si la compañía de seguros se vuelve poco cooperativa, nos reservamos el derecho de negarnos a trabajar con esa compañía de seguros y le solicitaremos el pago de cualquier saldo restante, y usted será responsable de acordar con su compañía de seguros.

Asumo la responsabilidad financiera del niño nombrado en este formulario. Entiendo que el pago vence el día en que se prestan los servicios. Autorizo a Children's Choice Pediatric Dental Care a cobrar el pago de la compañía de seguros. Entiendo que la compañía de seguros solo puede pagar una parte de mi factura y, en última instancia, soy responsable del pago completo.

Firma del Partido Responsable

Fecha

Reconocimiento

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en notificar a Children's Choice Pediatric Dental Care sobre cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo o en la información anterior. Acuso recibo del Aviso de Políticas de Privacidad de esta oficina. Además, entiendo que la atención dental pediátrica de Children's Choice divulgará información privada SOLAMENTE a personas previamente autorizadas y proveedores de seguros.

Firma del Partido Responsable

Fecha

Acuse de Recibo de la Hoja de Datos de Materiales Dentales

Reconozco que he recibido y leído una copia de la Hoja de datos de materiales dentales (con fecha de 2004) según lo exige la ley.

Firma del Partido Responsable

Fecha



Consentimiento Informado Para el Tratamiento

El consentimiento informado indica su conocimiento y aceptación de los diversos procedimientos realizados en la Atención dental pediátrica de Children's Choice. Usted entiende que tiene derecho a hacer cualquier pregunta y que tenemos la obligación de proporcionarle las respuestas adecuadas.

Es nuestra intención proporcionarle la mejor atención de calidad posible a su hijo. Proporcionar este tipo de atención a veces puede ser difícil o incluso imposible debido a la falta de cooperación de un niño.

Se harán todos los esfuerzos para obtener la cooperación de un niño. Siempre usaremos calidez, amistad, persuasión, humor y amabilidad. El dentista utiliza varias técnicas comunes de control de la conducta para proteger la seguridad de su hijo, eliminar el comportamiento perturbador y evitar que su hijo se lastime a sí mismo oa otros debido a movimientos incontrolados. Las siguientes son técnicas comúnmente utilizadas en nuestra práctica para calmar y calmar a un paciente que no coopera:

Estabilización: El asistente estabiliza el movimiento de un niño que no coopera sujetándolo de las manos, estabilizando la cabeza, controlando los movimientos de las piernas y / o el uso de un pedi-wrap.

NOTA: Su hijo NO será tratado con un pedi-wrap a menos que lo indique el médico, y solo con su consentimiento adicional para usar un pedi-wrap.

Si indicado, inicial a continuación para dar su consentimiento para el uso de un pedi-wrap. De lo contrario, no ponga sus iniciales y deje en blanco si no acepta el uso de un pedi-wrap

_____ Consiento el uso de un pedi-wrap para mi hijo según lo indique el dentista de mi hijo.

Inicial

Óxido nitroso: El óxido nitroso (también conocido como "gas de risa" o "nitroso") es un sedante de inhalación suave mezclado con oxígeno que se usa para ayudar a aliviar la ansiedad leve y el malestar. Se administra a través de una máscara colocada sobre la nariz de un niño. Tenga en cuenta que nuestra tarifa estándar por el uso de óxido nitroso NO está cubierta por su seguro y, por lo tanto, será su responsabilidad financiera.

Formulario de Consentimiento Reconocimiento

Por la presente reconozco que he leído y entiendo el formulario de consentimiento. Cualquier pregunta que pueda surgir ha sido respondida y toda la información ha sido proporcionada a mi entera satisfacción. Por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para utilizar las técnicas mencionadas anteriormente, y doy mi consentimiento para recibir el tratamiento que sea necesario o deseable para el cuidado de mi hijo que se menciona anteriormente, que incluye, entre otros, cualquier medicamento, medicamento, funcionamiento de las operaciones y / o conducta. de laboratorio, radiografías u otros estudios que puedan ser utilizados por el médico tratante o el designado calificado.

Nombre del Paciente

Nombre de la Parte Responsable

Relación Con el Paciente

Firma del Partido Responsable

Fecha

La autoridad de concesión de licencias para dentistas, asistentes dentales registrados e higienistas dentales registrados es el Departamento de Asuntos del Consumidor de California.