



## PAQUETE DE PACIENTE NUEVO

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal  
Apodo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Escuela Actual: \_\_\_\_\_  
¿A quién le agradecemos que te haya referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
Residencia \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal  
Dirección de Envío \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal  
¿Cuánto tiempo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ No. Años Empleado \_\_\_\_\_  
Nombre de Esposo/a \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ No. Años Empleado \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no vive con usted \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle City Zip  
Teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Subscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tienes doble cobertura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Suscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Subscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tienes doble cobertura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Suscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE SALUD

Nombre Del Paciente: _____		Fecha De Nacimiento: _____	
Doctor Primario (Nombre Y Número Telefónico): _____			
Corazón / Cardiacos	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Prolapso De Válvula Mitral <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta/Baja <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Otro <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Riñones	<input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios <input type="checkbox"/> Otro <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Hígado / Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Reflujo (Agrieras) <input type="checkbox"/> Estómago/ Intestinos <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado <input type="checkbox"/> Otro <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Endocrinos	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> Otro <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Hematológico	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciforme <input type="checkbox"/> Sangrado Profusa o Prolongado <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre – Fechas: _____ <input type="checkbox"/> Otro <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Pulmones / Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias/ Erupciones Causadas por Alergias <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Tos Crónica <input type="checkbox"/> Fiebre o Catarro del Heno <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Neurológico	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Atraso en el Desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno del Habla <input type="checkbox"/> Anomalías Nerviosas <input type="checkbox"/> Trastorno Mental <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Daño Cerebral <input type="checkbox"/> Desmayos <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Auditivos / Oculares	<input type="checkbox"/> Problemas de Visión <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Dolor de Visión <input type="checkbox"/> Dolor de Oído <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva <input type="checkbox"/> Otros <b>Por Favor Explique:</b> _____		
Dérmicos / Osteomusculares	<input type="checkbox"/> Alergia al Látex <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Ampollas de Fiebre <input type="checkbox"/> Herpes Labial <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Otro <b>Por Favor Explique:</b> _____		
¿Tiene su niño(a) algún otro problema de salud, condición o enfermedad que no haya incluido o descrito anteriormente? <b>Por Favor Explique:</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medicamentos (Nombres y Dosis): Por Favor Liste Todos Tomados, Incluyendo Vitaminas y/o Suplementos:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su niño(a) tiene algunas alergias a alguna comida o medicamentos? <b>Por Favor Explique:</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su niño(a) ha estado hospitalizado durante la noche desde nacer? Si sí, ¿Cuándo?: _____    ¿Por qué? _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su niño(a) ha tenido alguna cirugía? Si sí, ¿Cuándo?: _____    ¿Por qué? _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su niño(a) ha tenido terapia de radiación o quimioterapia? Si sí, ¿Cuándo? _____    ¿Por qué? _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su niño(a) utiliza o emplea Tabaco?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su niño(a) tiene sida o ha sido diagnosticado como VIH positivo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es su niño(a) adoptado? ¿Se encuentra su niño(a) enterado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Únicamente para pacientes femeninas: ¿Se encuentra embarazada?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su niña ha empezado su ciclo menstrual?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

FIRMA

NOMBRE IMPRIMIDO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA

DOCTOR SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

## Historia Dental

¿Cuál es su preocupación primaria de la salud oral de su niño(a)?

¿Cómo describirías?:

¿La salud bucal de su niño(a)?  Excelente  Muy Bien  Bien  Mal

¿La salud bucal de usted?  Excelente  Muy Bien  Bien  Mal

¿Qué tan seguido su niño(a) se **lava** los dientes? \_\_\_\_\_ Veces por \_\_\_\_\_. ¿Alguien ayuda?

Sí  No

¿Qué tan seguido su niño(a) usa el **hilo** dental? \_\_\_\_\_ Veces por \_\_\_\_\_. ¿Alguien ayuda?

Sí  No

¿Ha existido algún tipo de traumatismo dental, caída de dientes, golpes o fisuras? ¿cuándo?

Sí  No

**Por Favor Explique:** \_\_\_\_\_

¿Qué tan frecuente su niño(a) tiene o toma de lo seguido?

Dulces:  Rara la vez  1-2 veces al día  3+ veces al día Producto \_\_\_\_\_

Chicle:  Rara la vez  1-2 veces al día  3+ veces al día Tipo \_\_\_\_\_

Botanas entre comidas:  Rara la vez  1-2 veces al día  3+ veces al día Botana Usual \_\_\_\_\_

Bebidas\*  Rara la vez  1-2 veces al día  3+ veces al día Producto \_\_\_\_\_

(\*tal como jugo, bebidas sabor a fruta, refresco, bebidas gaseosas, bebidas energizantes)

Por favor note otros hábitos dietéticos significantes:

¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de trabajo dental en el pasado? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Sí  No

Si sí, Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de experiencia difícil en cuanto a tratamientos dentales en el pasado?

Sí  No

Si sí, Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) alguna caries?

Sí  No

¿Cómo usted cree en cómo va responder su niño/a al tratamiento dental?  Muy Bien  Bien  Algo Pobre  Pobre

¿Usted tiene alguna preocupación sobre la apariencia de los dientes de su niño(a)?

Sí  No

Si sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Usted siente que la quijada de su niño(a):

Salen demasiado para adelante  Están a buen ángulo  Están apachurrados  Están separados

Se superponen demasiado al morder  No se superponen al morder  Se inclán demasiado atrás

Mandíbula superior demasiado angosta  Mandíbula superior demasiado ancha

Usted siente que los dientes de su niño(a):

Demasiado adelante  Demasiado atrás  Parece estar bien

¿Se siente descontento con la sonrisa de su niño(a)?

Sí  No

¿El dentista anterior de su niño(a) recomendó frenos anteriormente?

Sí  No

¿Algún familiar en su familia, o la familia de su niño(a), ha tenido cirugía de la mandíbula ortognática?

Sí  No

Si sí, ¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Algún familiar en su familia, o la familia de su niño(a), ha tenido tratamiento de ortodoncia?

Sí  No

Si sí, ¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Existe algún tipo de información adicional que deberíamos saber?

Sí  No

Si sí, Explique: \_\_\_\_\_

# POLÍTICAS FINANCIERAS Y ACUERDO

## Política cita perdida

Trabajamos diligentemente para ver todos nuestros pacientes de manera oportuna. Las citas perdidas nos dejan agujeros en nuestro programa que no nos permite brindar una atención oportuna a los niños de nuestra comunidad. Las citas perdidas perjudican a todos. Por lo tanto, hemos establecido una "Política cita perdida", que establece que **las citas no canceladas dentro de las 48 horas de antelación mínimo se cobrará una cuota de \$ 50.00.** En el caso de que se olvida de 2 citas, que dará a conocer paciente de la oficina y ser felices para reenviar la historia del paciente a su consultorio dental de preferencia.

## Ha fallado la sedación oral y Nombramientos Operativos

Debido a la gran demanda de citas de sedación, hemos implementado una "Política citas quirúrgica / Operativa" para animar a los pacientes a mantener sus citas. Si no puede asistir a su cita, debe llamar a un mínimo de 72 horas de antelación. Si no tenemos un preaviso de 72 horas de cancelación, se le cobrará **\$200 no reembolsable "tasa de nombramiento quirúrgico/Operativo fallado"**.

## Pago / póliza de seguro

Como cortesía, presentamos las reclamaciones de seguros para nuestros pacientes. **Todas las porciones estimadas de pacientes deben ser pagados al momento del servicio.** Esta cantidad es una estimación de su copago y trabajamos duro para que esto lo más preciso posible. **Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su seguro.**

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard. También ofrecemos financiación a través de CareCredit e In-House financiación.

**Yo entiendo que soy responsable del pago de todos los honorarios para el tratamiento dental que no están cubiertos por el seguro médico o dental del paciente. El padre o tutor que acompaña al paciente a la cita serán responsables de porciones estimadas en el momento del tratamiento, a menos que se han hecho arreglos previos. Estoy de acuerdo en que, si la cuenta se refiere a la colección, que será responsable de todos los cargos colecciones incluyendo los honorarios del abogado.**

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# BEND CHILDREN'S DENTISTRY

---

---

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

---

\* Usted puede negar firmar Esta Confirmación \*

Yo he recibido una copia del aviso Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Por favor imprima \_\_\_\_\_  
<< Nombre y Apellido >>

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Sólo para uso de oficina**

Intentamos obtener un recibo por escrito de nuestra Notificación de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento
- Otro (Por favor especifique)

\_\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

# Consentimiento para el Tratamiento

## Consentimiento para Examinar

Nuestra política es mantenerlo informado e involucrado en el progreso dental de su hijo. Un examen típico consiste en instrucciones de higiene oral, limpieza de los dientes, aplicación de un fluoruro tópico, radiografías y examen de los dientes, tejidos duros y blandos de la boca, mordedura y mandíbula. Excepto en una situación de emergencia o si se localiza una enfermedad existente, no se realizará ningún tratamiento adicional durante un examen. Sin embargo, después del examen, crearemos un plan de tratamiento que puede incluir rellenos, gorras, extracciones, etc., y solicitaremos su consentimiento antes de realizar el tratamiento identificado. Los planes de tratamiento pueden cubrir múltiples visitas y una vez que se obtiene el consentimiento; No buscaremos el consentimiento nuevamente a menos que el plan de tratamiento cambie. Al firmar doy mi autorización a Bend Children's Dentistry para realizar los tratamientos necesarios.

_____	_____	_____
Firma	Relación con el Paciente	Fecha

## Consentimiento Alternativo

Reconocemos que no siempre es posible que el padre o tutor legal acompañe a un niño a su cita o esté disponible para brindar consentimiento para el tratamiento. Para asegurarnos de que el niño pueda continuar su cuidado, nos gustaría saber si hay otras personas autorizadas para dar su consentimiento para el tratamiento de su hijo. Al firmar a continuación, usted autoriza a la (s) persona (s) listadas a dar su consentimiento para el tratamiento médico / dental recomendado, que incluye, entre otros, el diagnóstico, la aplicación de tratamientos tópicos (fluoruro, selladores), radiografías, anestesia y procedimientos dentales invasivos. Esta autorización permanecerá vigente hasta que nos notifique por escrito sobre cualquier cambio.

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____	_____	_____
Firma	Relación con el Paciente	Fecha