

AUSTIN CHILDRENS DENTISTRY - REGISTRO DEL PACIENTE

Para ayudarnos a conocer las necesidades dentales de sus niños, por favor llene este cuestionario completamente y con la información correcta.

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: ____ Sexo: F M
Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod.Postal _____
Teléfono de Casa: _____ Otro teléfono: _____ e-mail: _____
Atendemos a sus hermanos? No Si, en este caso, escriba sus nombres: _____
Como encontró nuestra oficina dental? Pag. Web del Seguro Directorio del Seguro Amigos Familiares
 Guía de Teléfonos Otros _____

INFORMACION DE PADRES O TUTORES

Padre Padrastro Tutor
Nombre _____ Fecha de Nac: _____ # Seguro Social _____
Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otros: _____
 Madre Madrastra Tutor
Nombre _____ Fecha de Nac: _____ # Seguro Social _____
Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otros: _____

COMPAÑIA DE SEGUROS

Como cortesía, nosotros aceptaremos la asignación de beneficios de la mayoría de las compañías de seguro. Para lograr esto usted debe brindarnos la siguiente información:

Tiene usted seguro dental? Si No Le gustaría que le cobremos a su seguro? Si No
Nombre de la persona asegurada: _____ Relación con el Paciente: _____
Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Compañía de Seguro: _____ Teléfono: _____
Nombre del Grupo (empleador): _____ # del Grupo: _____
Dirección de correo del seguro: _____

HISTORIA DENTAL

Por que razón viene su niño(a) el día de hoy? _____
Es la primera visita de su niño(a) al dentista? Si No, en este caso cuando fue su última visita: _____
Cree ud. que su niño(a) será un paciente cooperador? _____
Por favor, describa como cree ud. que su niño(a) se comportara hoy día. Marque todas las que apliquen:
 Amigoso Feliz Ansioso Tímido Temeroso No cooperador
Su niño(a) ha recibido fluoruro(flúor) en alguna forma? No Si, por favor describa: _____
Su niño(a) ha heredado alguna característica dental? _____
Los dientes de su niño(a) han tenido algún golpe o injuria? _____

Por favor marque en la lista siguiente si su niño(a) ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caries | <input type="checkbox"/> Dolor de muela | <input type="checkbox"/> Mal Aliento |
| <input type="checkbox"/> Dientes en mal posición | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los dulces | <input type="checkbox"/> Sangrado de encías |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor o frio | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Cambio de color en el diente |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Dientes | <input type="checkbox"/> Golpe en los dientes | |

Tiene su niño(a) alguno de los siguientes hábitos orales?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Succión de dedo | <input type="checkbox"/> Mordida de labio | <input type="checkbox"/> Gruñido de dientes |
| <input type="checkbox"/> Uso de chupón | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Que tan seguido cepilla sus dientes su niño(a)? _____

Su niño(a) utiliza hilo dental? Yes No

A que edad su niño (a) deajo de usar: ? Biberón? _____ Vaso con sorbete? _____

HISTORIA MEDICA

Pediatra del niño(a): _____

Dirección _____ Teléfono : _____

Esta su niño(a) con buena salud general? Si No

Si responde NO por favor explique: _____

Hubo algún problema en el nacimiento? Si No

Si responde SI por favor explique _____

Esta su niño(a) inmunizado y con las vacunas de refuerzo realizadas? Si No

Su niño(a) ha sido alérgico a algo? Si No

Cual fue el medicamento o comida y que tipo de reacción tuvo? _____

Ha tenido su niño(a) alguna operación quirúrgica? Si No

Si responde SI, que operación fue realizada? _____

Su niño(a) ha sido hospitalizado(a) alguna vez? Si No

Si responde SI, por que razón? _____

Su niño(a) ha tenido o tiene...?

Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Terapia con esteroides o quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desorden nervioso o mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones o ataques	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paperas, sarampión o varicela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Labio o paladar hendido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer, tumores o quistes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas en senos maxilares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Virus del SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis o exposición a TB	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas con la anestesia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas en los oídos,		alta o baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
ojos o nariz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad al Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ulceras estomacales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia o hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

MEDICACION ACTUAL

Nombre / Concentración (mg)	Cada cuanto tiempo?	Por que razón lo toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comentarios del Doctor: _____

HISTORIA SOCIAL

Su niño(a) tiene problemas con alguno de los siguientes..? Hablar Escuchar Ver Dormir

Como considera usted que es su niño(a)? Avanzado en el aprendizaje Progresión normal Aprende lento

Primer idioma del niño(a)? _____ Segundo idioma? _____

Su niño(a) es adoptado? No Si , en este caso a que edad fue adoptado? _____

Preferencias del niño(a) (mascotas, juguetes, color, amigos, hobby, etc) _____

Como tolera su niño(a) la atención medica o dental? _____

Autorización:

Entiendo que el pago de un porcentaje se debe a un tratamiento realizado y que mi seguro dental puede pagar menos que el costo actual del servicio. Estoy de acuerdo en ser el responsable por el pago de todos los servicios realizados en beneficio de mi dependiente(s), incluyendo cualquier saldo no pagado por el seguro dental dentro de los 30 días de la fecha del servicio. Entiendo que cualquier saldo puede ser enviado a una compañía de colección y que el deudor es responsable por todos los gastos de colección. Entiendo que soy responsable por llevar cualquier disputa en lo concerniente a la cantidad de pago con la compañía de seguro. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguro a pagar directamente al dentista o grupo dental cualquier beneficio del seguro, de otra manera, pagármelo a mi.

Con el mejor de mis conocimientos he respondido correctamente las preguntas de este cuestionario. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño(a). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la salud de mi niño. Autorizo al dentista a ceder cualquier información, incluyendo el diagnostico y records de cualquier tratamiento o examen realizado a mi niño(a) durante el periodo del tratamiento dental a terceras personas y/o otro profesional de la salud.

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____