

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:
 Amistoso 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 frío | <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) dejó 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 ___ Si ___ No | Problemas de alimentación ___ Si ___ No | Terapia con esteroides o quimioterapia ___ Si ___ No |
| Asma ___ Si ___ No | Sangrado anormal ___ Si ___ No | Desorden nervioso o mental ___ Si ___ No |
| Problemas del corazón ___ Si ___ No | Transfusión de sangre ___ Si ___ No | Convulsiones o ataques ___ Si ___ No |
| Soplo cardíaco ___ Si ___ No | Defectos de Nacimiento ___ Si ___ No | Diarrea frecuente ___ Si ___ No |
| Fiebre reumática ___ Si ___ No | Enfermedad renal ___ Si ___ No | Paperas, sarampión o varicela ___ Si ___ No |
| Enfermedad sanguínea ___ Si ___ No | Labio o paladar hendido ___ Si ___ No | Cáncer, tumores o quistes ___ Si ___ No |
| Anemia ___ Si ___ No | Fiebre escarlata ___ Si ___ No | Problemas en senos maxilares ___ Si ___ No |
| Virus del SIDA ___ Si ___ No | Fiebre alta ___ Si ___ No | Tuberculosis o exposición a TB ___ Si ___ No |
| Diabetes ___ Si ___ No | Presión sanguínea ___ Si ___ No | Problemas con la anestesia ___ Si ___ No |
| Problemas en los oídos, ___ Si ___ No | alta o baja ___ Si ___ No | Enfermedad tiroidea ___ Si ___ No |
| ojos o nariz ___ Si ___ No | Enfermedad al Hígado ___ Si ___ No | |
| Ulceras estomacales ___ Si ___ No | Ictericia o hepatitis ___ Si ___ 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 autoriza 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: _____