

Bienvenidos a Skyline Pediatric Dentistry!

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Apodo: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre(s)
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ #Seguro Social: _____ Niño Niña
Nombres y edades de hermanos y de hermanas _____

Información de la persona responsable

Padre: _____ Casado(a) Soltero(a) Otro _____
Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Telefono (Hogar): _____ (Trabajo): _____ (Cel): _____ Mejor hora para llamar: _____
Dirección: _____
Calle # Departamento
Ciudad Estado Código Postal
Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Dirección de e-mail: _____ Idioma principal _____
Madre: _____ Casado(a) Soltero(a) Otro _____
Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Telefono (Hogar): _____ (Trabajo): _____ (Cel): _____ Mejor hora para llamar: _____
Dirección: _____
Calle # Departamento
Ciudad Estado Código Postal
Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Dirección de e-mail: _____ Idioma principal _____

Información del Seguro

Primario

Nombre y Dirección del Plan de Seguro: _____
Nombre del suscriptor: _____
Apellido Nombre(s)
Fecha de nacimiento de suscriptor: _____ ID #: _____ Grupo #: _____
Dirección de suscriptor: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Lugar de empleo del suscriptor: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Relación del Paciente: Hijo/Hija Otro _____

Secundario

Nombre y Dirección del Plan de Seguro: _____
Nombre del suscriptor: _____ Es el asegurado el paciente? Si No
Apellido Nombre(s)
Fecha de nacimiento de suscriptor: _____ ID #: _____ Grupo #: _____
Dirección de suscriptor: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Lugar de empleo del suscriptor: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Relación del Paciente: Hijo/Hija Otro _____

Información de la Recomendación

¿A quién le podemos agradecer por recomendarles nuestra clínica? Otro paciente, Amigo(a) Otro paciente. familia
 Consultorio Dental Directorio Telefónico Periódico Escuela Trabajo Otro _____
¿Nombre de la persona que le recomendó nuestro consultorio?: _____

Información de Salud

Nombre del Paciente: _____ Nombre que el niño(a) usa: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Lbs

1. ¿Ha habido algún cambio en la salud de su niño(a) en el ultimo año? Si No
 2. ¿Ha sido su niño(a) hospitalizado(a) en los últimos dos años? Si No
 3. ¿Tiene su niño(a) algún soplo en el corazón? Si No
 4. ¿Se le ha dicho que su niño(a) tiene que tomar antibiótico antes de sus citas dentales? Si No
 5. ¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia problemas con anestesia general? Si No
 6. ¿Ha recibido su hijo/hija terapia de radiación? Si No
 7. ¿Están las vacunas de su niño(a) al corriente? Si No
 8. Si corresponde, ¿esta la paciente usando anticonceptivos?..... Si No
 9. ¿Esta la paciente embarazada? Si No
 10. Fecha de la ultima vacuna para tétano: _____
 11. Fecha del ultimo examen físico: _____ Nombre del medico: _____ Teléfono: _____
- * Si marcó Si a alguna de las preguntas, por favor explique: _____

12. Liste las alergias de su hijo(a), incluya reacciones adversas a medicamentos, látex, alimentos, etc.: _____

Ha sido su hijo(a) diagnosticado con alguno de los siguientes? Por favor marque las que correspondan:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Labio/Paladar leporino | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas de respiración |
| <input type="checkbox"/> SIDA or VIH positivo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lesiones a la cara/boca | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Retrazo del desarrollo | <input type="checkbox"/> Ictericia/problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas de oído | <input type="checkbox"/> Dolor de articulación de boca | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de Alimentación | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Problemas de piel |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas glandulares | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmón | <input type="checkbox"/> Problemas de habla |
| <input type="checkbox"/> Problema de comportamiento | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> Problemas de estómago |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de Ojos | <input type="checkbox"/> Transplante de órganos | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problema de articulaciones | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Cirugía de papeas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Lesiones a la cabeza | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Dependencia con drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis (cualquier tipo) | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Infección de vías respiratorias |
- Por favor explique el problema y cualquier otra condición que no este en la lista: _____

Escriba los medicamentos que esta tomando el paciente: _____

Información Dental

- ¿Es esta su primera visita al dentista? Si No Nombre del dentista anterior: _____
Fecha de la ultima cita: _____ ¿Motivo de esa cita? _____ Fecha de las ultimas radiografías: _____
- ¿Usa el paciente chupón o se chupa el dedo? Si No ¿Aún usa biberón? Si No
¿Ha tenido frenos? Si No Por lo general ¿que toma? _____
¿Roncan cuando duerme? Si No ¿Tiene dificultad para abrir la boca? Si No
¿Rechina los dientes? Si No ¿Algún problema de encía que haya notado? ... Si No
¿Ha tenido dolor de dientes recientemente? Si No Si marco si, por favor explique: _____
¿Ir al dentista pone al niño(a) nervioso(a)? Si No Si marco si, por favor explique: _____
¿Ha tenido alguna experiencia mala en el dentista? Si No Si marco si, por favor explique: _____
¿Ha tenido complicaciones después de tratamiento dental? Si No ¿Cuantas veces al día se cepilla el paciente los dientes? _____ ¿Quién se los cepilla? _____
¿Como se porta con el dentista? _____ ¿Como cree que va a actuar hacia el dentista? _____
¿Hay información adicional que quiere compartir con el dentista? Si No
Si marco si, por favor explique: _____

Al mejor de mi conocimiento, esta información es correcta y verídica. Si hay algún cambio en la salud de mi hijo(a) le voy a informar al dentista en la próxima cita sin falta.

Firma del padre o tutor _____ Fecha: _____

Para uso del dentista

Update and Signature: _____	Date: _____
Update and Signature: _____	Date: _____
Update and Signature: _____	Date: _____
Update and Signature: _____	Date: _____

Consentimiento para el tratamiento

Para individuos menores de edad, es necesario que el padre, madre o tutor legal firme el permiso de tratamiento antes de que se pueda empezar cualquier trabajo dental. **También es necesario que los pacientes menores de edad sean acompañados por un adulto mayor de edad y que pueda dar su consentimiento para el tratamiento en cada uno de las citas.**

Es nuestra intención que todos los cuidados sean de la mejor calidad posible. El proporcionar tratamiento de alta calidad a veces puede ser muy difícil o incluso imposible, debido a la falta de cooperación de algunos pacientes jóvenes. Entre los comportamientos que pueden interferir con la prestación adecuada de tratamiento incluyen: hiperactividad, movimientos de resistencia, negarse a abrir la boca, no mantener la boca abierta el tiempo suficiente para hacer el trabajo necesario, resistencia física al tratamiento tales como, patadas, gritos y tratar de agarrar las manos del dentista o los instrumentos dentales.

Se hará todo lo posible para obtener la cooperación de los niños (as) con el uso del cariño, amabilidad, persuasión, humor, bondad y comprensión.

Existen varias técnicas de manejo de conducta que son utilizados por los dentistas para obtener la cooperación de los niños, así como para eliminar el mal comportamiento o para prevenir que el paciente se lesione debido a movimientos incontrolables. Las técnicas mas comunes incluyen: (por favor marque con su inicial que ha leído estos artículos)

- **EXPLICAR-MOSTRAR-HACER:** El dentista o ayudante le explica al niño lo que se va hacer en términos simples, a continuación, se le muestra al niño lo que se va a hacer. Finalmente, el procedimiento se lleva a cabo en la boca del niño tal y como se le describio. Se utilizan elogios para reforzar el buen comportamiento.
- **REFUERZOS POSITIVOS:** Esta técnica recompensa al niño(a) cuando muestra cualquier comportamiento que es deseable. Las recompensas incluyen elogios, alientación, o un premio.
- **CONTROL CON VOZ:** La atención de un niño se obtiene al cambiar el tono o el volumen de la voz del dentista. El contenido de la conversación es menos importante que la manera en que se es comunicada. Se tiene cuidado que el paciente no se sienta amenazado.
- **BLOQUE PARA MORDER:** Una pieza suave de plástico se utiliza entre los dientes para ayudar al paciente a mantener su boca abierta. Esto ayuda a que la boca del paciente no se cansa. Esto también puede prevenir lastimar accidentalmente los dedos del dentista.
- **SUJETACION FISICA:** Esto se usa únicamente en caso de emergencia. A veces, el dentista/asistente suavemente detiene el movimiento de los niños, estabilizando la cabeza o poniendo al paciente de manera segura en la unidad dental.
- **PEDI-ENVUELVE/ SEDACION:** Estas son técnicas que **no se utilizaran** en este consultorio sin mejor explicación, consentimiento adicional por escrito de un padre/o tutor, y se requiere una cita adicional.

Por la presente declaro que he leído y entiendo este consentimiento, y que todas las preguntas sobre el procedimiento o procedimientos han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que tengo derecho a recibir respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el curso del tratamiento de mi hijo(a). Reconozco que la información anterior es correcta y doy permiso a este consultorio de proporcionar a mi hijo(a) el tratamiento odontológico que se considere necesario, utilizando métodos adecuados y aceptables en la especialidad de odontología pediátrica, incluyendo radiografías de diagnóstico. Doy mi consentimiento para la administración de los anestésicos locales y el óxido nitroso (gas de risa). Si hay algún cambio en la salud o medicamentos de mi hijo(a), voy a informar sin falta al dentista en la próxima cita. En ningún momento se dara tratamiento sin primero informar a los padres o tutores de lo que se va a hacer. Para procedimientos específicos, se le dara la información adicional. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que yo decida darlo por terminado mediante una solicitud por escrito.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Políticas de tratamiento de Skyline Pediatric Dentistry

Presencia de los padres en el área de tratamiento:

Las investigaciones han demostrado con validez que los niños menores de tres años pueden sentir ansiedad con gente extraña, y por lo tanto, es mejor si van acompañados por un miembro de la familia. Los niños mayores de tres, sin embargo, se portan mejor si el papá o mamá no está presente durante el tratamiento. Esto permite una comunicación libre entre el equipo dental y el paciente. No aceptamos la idea de que el papá o mamá salga del consultorio después de que el paciente exhibe comportamiento no deseado, debido a que el paciente puede tomarlo como un castigo. Si su niño es mayor de tres y no tiene necesidades medicas especiales, les pedimos amablemente que esperen en la sala de espera en lo que atendemos a sus niños con sus limpiezas dentales, exámenes, y tratamiento. Vamos a tratar a su hijo(a) de la manera en que queremos que nuestros propios hijos(as) sean tratados por otros doctores. Tenga en mente que su presencia en el área de tratamiento puede que no nos permita atender a su niño y que tengamos que programar una cita diferente. Una vez más, agradecemos su confianza y comprensión.

Faltas:

Le pedimos nos notifique 48 horas antes de la cita si le es imposible asistir. No sólo es una cortesía general, pero esto nos permite citar a otros pacientes que pueden estar esperando ser atendidos. Si faltan repetidamente a sus citas, no va a ser posible hacer mas citas para su hijo(a). Entendemos que suceden circunstancias que pueden impedirle asistir a una cita, sin embargo, **después de la segunda cita que falte sin la debida notificación, le ayudaremos a hacer los arreglos necesarios para que su hijo(a) sea atendido(a) por otro dentista.**

Llegar Tarde:

Los pequeños no se sientan quietos durante mucho tiempo, por lo tanto, hacemos todo lo posible para atenderlos a tiempo. Cuando llegan tarde a la cita, no nos permite el tiempo necesario para el tratamiento. Si llega más tarde de 10 minutos le pediremos que haga una nueva cita. A veces es mejor hacer una cita nueva que tener a su familia esperando. Si llama para decirnos que va a llegar tarde será considerado como falta.

Responsabilidad Financiera:

Se le pide el pago completo el día del tratamiento. Se aceptan tarjetas de crédito, cheques y dinero en efectivo. Para pacientes con seguro dental, el co-seguro, deducibles y gastos no cubiertos se requieren el día de la cita. Si usted nos proporciona su información de seguro y tarjeta, la recepción mandara pedir la porción que le corresponde a su compañía de seguros. **Para evitar cualquier malentendido, le pedimos que haga su pago cuando atienda a sus citas.**

Su firma significa que usted ha leído y entendido las políticas que se explican en estos párrafos. Al firmar este documento, usted acepta la responsabilidad financiera para este paciente, autoriza la liberación de toda la información necesaria para tramitar las reclamaciones de seguros y autoriza los pagos del seguro a Skyline Pediatric Dentistry. Usted se compromete a informar al personal de Skyline Pediatric Dentistry de cualquier cambio en las disposiciones financieras antes del tratamiento.

Firma del padre o Persona Responsable

Fecha

Relación con el Paciente

Política de confidencialidad

He leído y estoy de acuerdo con la notificación de Políticas de Privacidad de Skyline Pediatric Dentistry (forma HIPPA)

Entiendo que mi información de salud es protegida. Entiendo que para que un miembro del equipo de Skyline Pediatric Dentistry pueda dejar mensajes detallados con información dental específica en mi correo de voz o máquina de recados, es necesario dar mi autorización.

Consentimiento de información Compartida con Familia y Amigos

Según la Ley de Privacidad de HIPAA, estamos permitidos y podemos usar nuestro criterio profesional para dar ciertas declaraciones que son para su propio bien, aun sin su firma. Entiendo que la información será limitada a discusiones orales y que no proveerán copias de mi información personal sin que firme una autorización de comunicado de información.

El/los nombre(s) listados a continuación son miembros de familia o amigos a quienes les doy autorización para que el Dr. Nicholas Woodward y sus representantes de nuestro consultorio discutan oralmente mi cuidado de salud según su criterio y doy permiso para que compartan la información relevante para el cuidado de mis niños o pago de cuentas.

Nombre	Relación	Numero de Teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Sera mi responsabilidad mantener esta información al corriente, ya que reconozco que las amistades y relaciones cambian con el tiempo. Este consentimiento será válido hasta el momento en que yo decida rescindirlo por escrito. Tengo el derecho de rescindirlo en cualquier momento.

Firma del pariente o tutor legal

Fecha

Relación con el paciente