



THE CHILDREN'S DENTAL GROUP

**PACIENTES
NUEVOS**

Por favor llenar por delante y detras de todas las formas de salud y asegúrese de que cada pagina esta fechada y firmanda. Hay formas ser llenado por nuevos pacientes y una vez al año para los pacientes.

FECHA _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____ SEXO - niño niña

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

DIRECCIÓN _____ APTO # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TEL. DE CASA _____ TEL. DEL TRABAJO _____ TEL. DEL CELULAR _____

TELÉFONO DE EMERGENCIAS (Estos números deben ser diferentes a los que nos dio anteriormente.) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

PADRES INFORMACIÓN

MADRE:

PADRE:

NOMBRE _____ NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SEGURO SOCIAL _____ SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN _____ DIRECCIÓN _____

(si es diferente del paciente) _____ (si es diferente del paciente) _____

EMPLEADOR _____ EMPLEADOR _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Su niño tiene seguro con el programa del estado? Sí No

Encaso afirmativo por favor completar:

NOMBRE DEL PLAN _____ NUMERO DE CLIENTE _____

Su niño teine otra forma de seguro (A través de un patrón de los padres)? Sí No

Si se sí, por favor completar:

NOMBRE DEL PLAN _____ NOMBRE DEL TITULAR DE PÓLIZA _____

NUMERO PÓLIZA/GRUPO _____ TELÉFONO DEL SEGURO _____

HISTORIA DENTAL

¿Está es la primera visita del niño al dentista? Sí No

Si es No, por favor completar:

NOMBRE DEL DENTISTA ANTERIOR _____

FECHA DEL EXAMEN/DE LA LIMPIEZA/PASADOS _____

PÓLIZA DE LA OFICINA: Para evitar este honorario, por favor llamada a cancelar 48 horas antes. Los pacientes que faltan a dos citas sin llamar para cancelar o reprogramar dentro de las 48 horas no serán tratados por estas oficinas.



HISTORIA MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO _____ TELÉFONO # DEL MÉDICO _____

¿Este paciente está tomando algún medicamento? Sí No Si sí, qué: _____

¿Es el paciente alérgico a cualquiera de los siguientes?
 Amox/Penicilina Látex Anestésicos locales Aspirina Metal
 Otro: _____

¿El paciente ha tenido alguna vez una enfermedad grave o hospitalizado? Sí No

Si es sí, explique: _____

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS CONDICIONES DEL PACIENTE TENIA AHORA O HA TENIDO ALGUNA VEZ:

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Movimiento |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Vértigos que se desmayan | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Murmullos del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Problema de la sangre / trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta | <input type="checkbox"/> La enfermedad de célula falciformes | <input type="checkbox"/> Dependiente de silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Problemas del riñón | <input type="checkbox"/> Restricción | <input type="checkbox"/> Otro |

Si es otro, especifique: _____

Al mejor de mi conocimiento, he contestado a cada pregunta exactamente. Informaré a mi dentista cualquier cambio en mi salud de niño.

➔ Firma de los padres: _____ Fecha del: _____

PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL, LA ANESTESIA LOCAL (TIRO QUE ENTUMECE), Y EL ÓXIDO NITROSO (GAS QUE RIE)

- El / yo autorizo por este medio al dentista a tratar a la persona bajo mi cuidado con los procedimientos dentales siguientes (si o cuando es necesario): profaxis (limpieza), restauraciones (rellenos), coronas, extracciones, cana de la raíz, or cualquier otro tratamiento que el dentista considere necesario.
- El dentista del / Le tiene o explicará a mí el propósito de los procedimientos y también ha explicado las ventajas y los riesgos del tratamiento.
- El / yo entiendo que durante el tratamiento, las condiciones imprevistas pueden presentarse que pueden hacer necesario los procedimientos diferentes de esos discutió antes del tratamiento. Por lo tanto consentimiento yo al funcionamiento de cualquier tratamiento adicional que al dentista puede considerar necesario.
- Consentimiento del / yo al uso de anestésico local, antibióticos, y analgesias y se han explicado todos los riesgos potenciales. Entiendo que hay un riesgo leve implicado con el uso de la anatesia local o el uso de cualquier droga. Estos riesgos incluyen la reacción alérgica, la aspiración, el dolor, el fallo cariaco, la descoloración y lesión a los vasos sanguíneos y a los nervios que se pueden causar por las inyecciones de cualesquiera medicaciones o droga.
- Consentimiento del / yo al uso de analgesia del óxido nitroso (gas que rie) y se han informado los riesgos y las ventajas de su uso. Me no han dado ningunos aseguramientos o garantía el resultado del tratamiento. Realizo que a pesar de la complicación posible, mi tratamiento propuesto es necesario y deseado por mí.
- El / yo entiendo que es vital que doy como exacto y termine una historia médica y personal como sea posible, siga cualesquiera y todas las instrucciones según lo dirigido y permita los procedimientos de diagnóstico prescritos, el / yo confirma que tengo completamente entender toda la información proporcionada arriba.

➔ Firma de los padres: _____ Fecha del: _____

EL AVISO DE LA AISLAMIENTO PRÁCTICA EL RECONOCIMIENTO

Entiendo que, bajo acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertas derechas a la aislamiento con respecto a mi información protegida de la salud. Entiendo que puede esta información y será utilizado:

- La conducta, plan y dirige mi tratamiento y carta recordativa entre los abastecedores múltiples del healthcars que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente y indirectamente.
- Obtenga el pago de pagadores de tercera persona.
- Conduzca las operaciones normales del healthcare tales como gravámenes y médico de la calidad certificaciones.

He recibido, leo y entiendo su *Aviso de las prácticas de la aislamiento* contener una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Entiendo que esta organización tiene la derecha de cambiar su Aviso de las prácticas de la aislamiento de vez en cuando y ése puedo entrar en contacto con esta organización en cualquier momento en el dirección arriba para obtener una copia actual del *Aviso de privado Prácticas*. Entiendo que puedo solicitar en la escritura que usted restrinja cómo mi información privada se utiliza o se divulga para realizar el tratamiento, el pago u operaciones del cuidado médico. También entiendo que le no requieren convenir mis restricciones solicitadas, sino que si usted entonces conviene usted sea limitado para habitar por tales restricciones.

➔ Firma de los padres: _____ Fecha del: _____