



Valley Pediatric Dentistry

Nombre del paciente: _____ FDN: _____
Apellido Nombre IM

Nombre del otro niño/a: _____ FDN: _____

Nombre del otro niño/a: _____ FDN: _____

Parte Responsable 1:

Responsable de la cuenta: _____ Relación: _____

FDN: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil : _____ Dirección de correo electrónico: _____

Seguro primario:

Nombre del suscriptor: _____ FDN: _____

Relación con el paciente: _____ N° de SS: _____

Empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Dirección del seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número del suscriptor: _____ Grupo N°: _____

Seguro adicional:

Nombre del suscriptor: _____ FDN: _____

Relación con el paciente: _____ N° de SS: _____

Empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Dirección del seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número del suscriptor: _____ Grupo N°: _____

¿Le gustaría recibir mensajes de texto para comunicarse con nuestra oficina?

Sí No

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de molde: _____



Valley Pediatric
Dentistry

HISTORIA CLÍNICA CONFIDENCIAL

Médico del niño: _____ Teléfono _____

¿Su hijo tiene buena salud en general? Sí/No.

En caso negativo, describa: _____

¿Tuvo algún problema al nacer? Sí/No.

En caso afirmativo, describa: _____

¿Está su hijo al día con todas las vacunas? Sí/No.

¿Alguna alergia a medicamentos o alimentos? Sí/No.

En caso afirmativo, enumere: _____

¿Su hijo fue sometido a alguna operación quirúrgica? Sí/No.

En caso afirmativo, describa: _____

¿Su hijo fue hospitalizado alguna vez? Sí/No.

En caso afirmativo, explique: _____

Marque con un círculo sí o no para cualquiera de las siguientes condiciones que haya tenido o tenga actualmente su hijo

Alergias	S / N	Discapacidad intelectual	S / N	Fiebre elevada	S / N
Espectro autista	S / N	Convulsiones	S / N	Cáncer/tumor/quiste	S / N
PDD-NOS	S / N	Fiebre reumática	S / N	Diabetes	S / N
Trastorno alimenticio	S / N	Enfermedad renal	S / N	Presión sanguínea alta/baja	S / N
Terapia de esteroides	S / N	Diarrea frecuente	S / N	Problemas/drenaje sinusitis	S / N
Asma	S / N	Enfermedad de la sangre	S / N	Problema oído/ojos/nariz/ garganta	S / N
Sangrado anormal	S / N	Labio leporino	S / N	Enfermedad hepática	S / N
Quimioterapia	S / N	Paperas o sarampión	S / N	Tuberculosis	S / N
Problema cardíaco	S / N	Anemia	S / N	Úlcera estomacal	S / N
Transfusión de sangre	S / N	Escarlatina	S / N	Ictericia/hepatitis	S / N
Trastorno mental	S / N	Varicela	S / N	Problemas con anestesia	S / N
Soplo cardíaco	S / N	Virus del SIDA	S / N	Enfermedad tiroidea	S / N
Defectos congénitos	S / N	Síndrome de Down	S / N		

¿Alguna otra condición? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Por medio de la presente afirmo que esta historia es correcta a mi leal saber y entender:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____



HISTORIAL SOCIAL CONFIDENCIAL:

Marque con un círculo si su hijo tiene algún problema con lo siguiente: Hablar / escuchar / visión / sueño

¿Considera que su hijo es? Alumno avanzado / progresa normalmente / alumno más lento

¿El primer idioma de su hijo? _____

¿El segundo idioma? _____

¿Es su hijo adoptado? Sí / No. En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____

¿Cómo es la tolerancia de su hijo al tratamiento médico o dental? _____

¿Las cosas favoritas de su hijo? (Mascota, juguete, color, amigo, pasatiempo, etc.) _____

HISTORIAL DENTAL CONFIDENCIAL:

¿Por qué trajo a su hijo hoy? _____

¿Es la primera consulta dental de su hijo? Sí/No. En caso negativo, ¿cuándo fue la última consulta?

¿Recibe su hijo flúor en alguna forma? Sí / No. En caso afirmativo, ¿en qué forma? _____

¿Tuvo lugar alguna lesión a los dientes de su hijo? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? _____ ¿Hilo dental? _____ ¿A qué

edad dejó de usar el biberón su hijo? _____ ¿Vasito para niños? _____



Valley Pediatric Dentistry

POLÍTICAS DEL CONSULTORIO

La política de este consultorio es informar a los padres/madres/tutores sobre todos los procedimientos previstos para sus hijos. Cada cita para un examen regular consiste de instrucciones para la higiene oral, limpieza dental, aplicación tópica de flúor, radiografías (sin son necesarias), y el examen de los dientes, tejidos duros/blandos de la boca, y la mordedura. *Todo otro tratamiento necesario, tal como selladores, empastes, coronas, extracciones, etc. se llevará a cabo en una consulta por separado después de obtener su autorización.*

POLITICA DE CITAS

POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS: Requerimos un aviso de 24 horas para la cancelación de cualquier cita. Aunque entendemos que surgen emergencias y otras circunstancias, si se pierde alguna cita sin aviso de 24 horas, se cobrará a la cuenta un cargo por cancelación de \$50/niño. Después de más de 2 citas perdidas sin la cancelación apropiada, se terminará la relación médico-paciente.

POLÍTICA FINANCIERA

BENEFICIOS DE SEGURO: Es responsabilidad exclusiva del titular de la póliza de seguro comprender su cobertura y beneficios, incluidos el deducible, el máximo del plan y los detalles de la cobertura. Como una cortesía, esta oficina ayudará en la presentación de reclamos de seguros y en la preparación de estimaciones para cada cita; **sin embargo, es muy importante entender que los planes de seguro no cubren todos los servicios y no siempre revelan esta información al proveedor.** Se espera que el pago se realice en el momento del servicio. Cualquier pago en exceso que se reciba de una compañía de seguros será acreditado o reembolsado, y cualquier saldo restante se facturará a la parte responsable. También es su responsabilidad informar a esta oficina sobre todo cambio en la cobertura del seguro dental y también informar sobre todo cambio en la dirección o números de teléfono de contacto. Las estimaciones de tratamiento son solo estimaciones, y esta oficina no se hace responsable de la precisión del 100% de las estimaciones. Toda cuenta con 90 días de atraso será sujeta a envío a cobros, a menos que se acuerde lo contrario, y la parte responsable será responsable de cualquier cobro y/o honorarios de abogados.

Por medio la presente confirmo que he leído y comprendo las políticas mencionadas anteriormente y doy permiso a Valley Pediatric Dentistry y sus afiliados para que se comuniquen conmigo sobre temas relacionados con este formulario:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____



Fecha: _____

En mi ausencia, por el presente autorizo a la persona o personas que se indican a continuación a llevar a mi hijo o hijos a Valley Pediatric Dentistry y a dar consentimiento para todo servicio dental/médico recomendado.

El tutor legal debe traer al niño a la primera cita dental.

Nombre y fecha de nacimiento del/de los niños(s): Persona(s) autorizada(s)/relación con el/los niños(s)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Nombre en letra de molde: _____

La presente autorización seguirá en vigencia hasta que sea modificada por el padre/madre/tutor que firma más arriba.

Niños menores (15, 16 y 17 años de edad únicamente)

El consultorio de Valley Pediatric Dentistry puede atender a mi(s) hijo(s), _____, para brindarle(s) atención dental SIN que se encuentre presente el padre/madre o tutor legal.

Padre/madre/tutor legal: _____

Adultos (mayores de 18 años de edad ÚNICAMENTE)

Doy mi consentimiento para que la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación tenga(n) acceso pleno a mis registros dentales que conserva Valley Pediatric Dentistry.

Firma del adulto: _____

La información se puede compartir con: _____