



Valley Pediatric Dentistry

Patient Name: _____ DOB: _____
Last Name First Name MI

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Other Child's Name: _____ DOB: _____

Other Child's Name: _____ DOB: _____

Responsible Party 1:

Responsible for Account: _____ Relation: _____

DOB: _____ Social Security Number: _____

Address (if different from patient): _____

City: _____ State; _____ Zip Code: _____

Phone #: _____ Work Phone #: _____

Primary Insurance:

Subscriber Name: _____ DOB: _____

Relation to Patient: _____ SSN: _____

Employer: _____ Employer Phone #: _____

Insurance Company: _____ Phone #: _____

Insurance Address: _____

City: _____ State; _____ Zip Code: _____

Subscriber Number: _____ Group #: _____

Additional Insurance:

Subscriber Name: _____ DOB: _____

Relation to Patient: _____ SSN: _____

Employer: _____ Employer Phone #: _____

Insurance Company: _____ Phone #: _____

Insurance Address: _____

City: _____ State; _____ Zip Code: _____

Subscriber Number: _____ Group #: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Print Name: _____



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, haga una lista y describa el tipo de reacción. _____

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

¿Alguna otra condición? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: _____

HISTORIAL SOCIAL:

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:

¿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? _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____



POLÍTICA FINANCIERA Y SOBRE CITAS

POLÍTICA SOBRE NO ASISTENCIA A CITAS: Sabemos perfectamente que pueden surgir circunstancias que impidan a los pacientes asistir a sus citas. Sin embargo, nuestro consultorio exige un aviso previo de 24 horas para la cancelación adecuada de las citas. Una ausencia a una cita, no presentarse a una cita, o una cancelación de una cita sin un aviso previo de 24 horas dará lugar a un cargo. Si esta situación tiene lugar en más de 2 oportunidades en un año de servicio en nuestro consultorio, daremos por terminada la relación entre el médico y el paciente.

BENEFICIOS DE SEGUROS: Comprendo que es mi responsabilidad informar y actualizar a este consultorio sobre todo cambio en la cobertura de seguro dental, y además informar sobre todo cambio de dirección o números de teléfono de contacto.

BENEFICIOS DE SEGUROS IMPAGOS: Todos los servicios dentales proporcionados, independientemente de si el paciente cuenta con seguro dental, se cobran directamente a la parte responsable financieramente, y dicha persona es responsable personalmente del pago de todos los servicios dentales. Si la compañía de seguros no paga un reclamo después de 60 días de ser presentado, este consultorio exigirá al paciente que pague el saldo de la cuenta a menos que se haya acordado lo contrario. **Es su responsabilidad conocer su plan y sus límites lo que incluye, de forma enunciativa y no limitativa, su deducible, máximo del plan, y detalles de cobertura.**

ESTIMACIONES DE TRATAMIENTOS: Valley Pediatric Dentistry entrega a los pacientes, de forma rutinaria, una estimación del costo del tratamiento propuesto. Debido a que su seguro determina el beneficio que se pagará por servicios, no es posible exigir a este consultorio una exactitud de 100% en lo que es únicamente una estimación del tratamiento. Este consultorio proporciona únicamente una estimación en base a su cobertura de seguro. Todas las compañías de seguros incluyen una exención de responsabilidad cuando cotizan beneficios de seguros: "La información está sujeta a cambios. Los beneficios que se describen no constituyen una garantía de pago. Los beneficios concretos se determinan únicamente cuando se recibe un reclamo, la elegibilidad no constituye una garantía de cobertura".

CUENTAS SUJETAS A COBROS: Si transferimos una cuenta a una agencia de cobros o a un abogado para su cobro, el titular de la cuenta será responsable de todos los honorarios de abogado y de cobros. Toda cuenta con 90 días de retraso será sujeta a envío a cobros, a menos que se acuerde lo contrario. Mediante mi firma a continuación, confirmo que he leído y comprendo las políticas del consultorio que se incluyen más arriba, y además doy mi permiso a Valley Pediatric Dentistry y/o sus afiliados para comunicarse conmigo sobre temas relacionados con este formulario.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____



CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

La política de este consultorio es informar a los padres/madres/tutores sobre todos los procedimientos previstos para sus hijos. Cada cita de 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 empastes, coronas, extracciones, etc. se llevará a cabo en una consulta por separado después de obtener su autorización.*

La ley del estado nos exige obtener su consentimiento informado por escrito para todo tratamiento que recibe su hijo como un menor legal.

1. Por el presente autorizo y solicito a los médicos de Valley Pediatric Dentistry, con la asistencia de auxiliares dentales de su elección, que lleven a cabo el siguiente tratamiento dental o procedimientos de cirugía oral, incluyendo el uso de toda anestesia local, radiografías, o medio de diagnóstico (tal como fotografías intraorales) necesarios o recomendables.
2. En términos generales, dichos procedimientos pueden incluir:
 - a. Limpieza de dientes y aplicación de flúor
 - b. Aplicación de selladores dentales a los dientes
 - c. Tratamiento de dientes enfermos o dañados con restauraciones dentales (empastes o coronas)
 - d. Tratamientos de nervios, si es necesario, incluyendo pulpotomías (tratamiento de conducto de dientes de leche), o pulpectomías (tratamiento de conducto completo de dientes de leche)
 - e. Reemplazo de dientes faltantes con prótesis dentales
 - f. Uso de anestesia local, mediante inyección, para adormecer el diente sobre el que se trabaja. Por lo general, la anestesia dura 1.5-3 horas. *Las reacciones alérgicas son poco frecuentes, y advertiremos a su hijo que no debe morderse el labio ni la mejilla anestesiados. Le pedimos que no diga a su hijo que recibirá una inyección; disponemos de maneras aptas para niños para proporcionar dicha información para evitar el temor.*
 - g. Es posible el uso de óxido nitroso (gas hilarante) para contribuir a que su hijo se relaje y sienta menos la inyección. Este gas se coloca sobre la nariz de su hijo después de que le expliquemos el procedimiento. Este gas es muy seguro cuando se utiliza en las concentraciones que administramos, y los efectos secundarios más comunes incluyen náuseas (más probables con el estómago lleno) y dolor de cabeza (más frecuente en procedimientos prolongados).
 - h. Uso de las técnicas de manejo de conducta que se describen en la página 2.

Comprendo plenamente que existe la posibilidad de que tengan lugar complicaciones quirúrgicas y/o médicas durante o después del procedimiento. Dichos riesgos y efectos secundarios pueden incluir reacciones adversas a un medicamento que pueden dar lugar a la necesidad de una internación hospitalaria, procedimientos quirúrgicos adicionales, discapacidad, trastorno del sistema, daño nervioso permanente o temporal, o la muerte. También autorizo a los médicos de Valley Pediatric Dentistry a llevar a cabo el tratamiento para proteger la salud y la vida de mi hijo.

Comprendo además que, durante el procedimiento, es posible que solicitemos a los padres que permanezcan en la sala de espera para mejorar el éxito del tratamiento, y que no está permitida la presencia de otros niños en las zonas de tratamiento y que los mismos no pueden permanecer sin supervisión en la sala de espera durante el tratamiento dental.

Por el presente declaro que he leído y comprendo el presente consentimiento y las técnicas de manejo de conducta en la página 2, y que respondieron de forma satisfactoria a todas las preguntas sobre los procedimientos. El presente consentimiento permanecerá en vigencia hasta el momento en que decida cancelarlo.

FECHA: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ TESTIGO: _____



TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

Nuestra intención es que toda la atención profesional que se proporciona en nuestra clínica dental sea de la mejor calidad posible para todos los niños. En algunos casos, la provisión de una atención de alta calidad puede resultar muy difícil, o aún imposible, debido a la falta de cooperación de ciertos niños pacientes. Entre las conductas que puede interferir con la provisión adecuada de atención dental de calidad podemos mencionar: hiperactividad, movimientos de resistencia, negarse a abrir la boca o mantener la boca abierta lo suficiente para llevar a cabo el tratamiento dental necesario. Adicionalmente, la resistencia agresiva o física tal como patear, gritar, aferrar las manos del dentista o instrumentos agudos puede evitar que se lleve a cabo el tratamiento adecuado.

Haremos todo lo posible para lograr la cooperación de los pacientes adolescentes mediante el uso de un enfoque cálido, amistoso, persuasivo, humorístico, encantador, gentil, amable, y comprensivo.

Existen diversas técnicas de manejo de conducta que utilizan los dentistas pediátricos para lograr la cooperación de los pacientes adolescentes para eliminar la conducta perturbadora o evitar que los pacientes se lesionen a sí mismos debido a movimientos incontrolables. Las técnicas de manejo de conducta usadas con mayor frecuencia en la odontología pediátrica son las siguientes:

1. Decir-mostrar-hacer: El dentista o asistente explica al niño lo que se hará usando terminología simple y repetición. Luego el dentista o asistente muestra al niño lo que se hará demostrándolo en un modelo o el dedo del niño o el dentista. Luego se lleva a cabo el procedimiento en la boca del niño, tal como se describió.
2. Refuerzo positivo: Esta técnica recompensa al niño que demuestra toda conducta deseable. Las recompensas incluyen cumplidos, elogios, una palmada en la espalda, un abrazo, o un premio.
3. Control de la voz: Se obtiene la atención de un niño perturbador cambiando el tono o aumentando el volumen de la voz del dentista. El contenido de la conversación es menos importante que la naturaleza abrupta o repentina de una orden.
4. Abreboca: Se coloca un dispositivo de goma o plástico en la boca del niño para evitar que la cierre cuando se niega o tiene dificultad para mantener la boca abierta.
5. Óxido nitroso (gas hilarante): En algunos casos se utilizan medicamentos para relajar a un niño que no responde a otras técnicas de manejo de conducta, o que es incapaz de comprender o cooperar durante procedimientos dentales. Este medicamento se administra como un gas (óxido nitroso y oxígeno). El niño no pierde el conocimiento.
6. Anestesia general: El dentista lleva a cabo el tratamiento dental con el niño anestesiado en un quirófano de hospital. Su hijo no recibirá anestesia general sin que usted reciba información adicional y sin obtener su consentimiento específico para dicho procedimiento. INICIALES: _____ 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: _____