



2620 Central Avenue
 Charlotte, NC 28205
 P: (980) 875-9158

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		NOMBRE PREFERIDO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
DOMICILIO DEL PACIENTE:		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:	
NUMERO DE TELEFONO:		TELEFONO ALTERNATIVO:	
NOMBRE DE ESCUELA/GUARDERIA:			
MEDICO DEL PACIENTE:		# DE TELEFONO DEL MEDICO:	
FECHA DEL ULTIMO EXAMEN:	PESO ACTUAL:	ALTURA ACTUAL:	

INFORMACION DE LOS PADRES/TUTOR

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:	RELACION AL PACIENTE:
# DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:
EMPLEADOR:	# DE TELEFONO/EMPLEADOR:
CORREO ELECTRONICO:	COMO ENCONTRASTE NUESTRA OFICINA?

CONTACTO DE PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE: _____ # DE TELEFONO: _____ RELACION: _____

INFORMACION DEL SEGURO

PARTE 1

Usted tiene NC Medicaid or NC Health Choice? SI NO (SI LA RESPUESTA ES SI, PORFAVOR NO LLENAR PARTE 2)

PART 2 --- SEGURO PRIVADO SOLAMENTE:

PRIMARY INSURANCE COMPANY		SECONDARY INSURANCE COMPANY	
NOMBRE DEL SEGURO:	NOMBRE DEL SEGURO:	NOMBRE DEL SEGURO:	NOMBRE DEL SEGURO:
NOMBRE DEL ASEGURADO:	NOMBRE DEL ASEGURADO:	NOMBRE DEL ASEGURADO:	NOMBRE DEL ASEGURADO:
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:
# DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO:	# DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO:	# DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO:	# DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO:
RELACION AL PACIENTE:	RELACION AL PACIENTE:	RELACION AL PACIENTE:	RELACION AL PACIENTE:



HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy: _____ Fecha del último examen dental: _____

Previo Dentista: _____ Previo Dentista Numero de Telefono: _____

¿TIENE ALGÚN EXPEDIENTE ACTUAL (INCLUIDOS LOS RAYOS X) DE OTRA OFICINA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿SU HIJO SE HA QUEJADO DE CUALQUIER PROBLEMA DENTAL? CUALQUIER LESIÓN O CIRUGÍA A LA BOCA, DIENTES O CABEZA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Si es así, describa: _____
¿SU NIÑO TODAVÍA TOMA EL BIBERON EN VASO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Si es así, describa: _____
¿SU NIÑO se cepilla los dientes DIARIAMENTE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Con qué frecuencia: _____
¿UTILIZA EL HILO DENTAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿ASISTE A SU NIÑO CON EL CEPILLADO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo tiene alguno de los siguientes hábitos?	<input type="checkbox"/> Chupar el dedo	<input type="checkbox"/> Morderse las uñas <input type="checkbox"/> Pulir dientes
¿Cómo recibe su hijo floruro?	<input type="checkbox"/> Chupo	
	<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Abastecimiento de agua
	<input type="checkbox"/> Pasta de dientes	<input type="checkbox"/> Tabletas
		<input type="checkbox"/> Other: _____
La actitud del niño hacia la odontología:	<input type="checkbox"/> Excepcional	<input type="checkbox"/> Adecuado
	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Other: _____

HISTORIAL MEDICO

Alergias (alimentos, medicamentos, adicional) Si responsio SI, porfavor explique:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo actualmente está tomando algún medicamento? Si es así, por favor liste:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática / enfermedad cardíaca reumática Si respondio SI, necesita premedicación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Son actuales las vacunas de su hijo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Diabetes - TIPO 1 o TIPO 2 (circule uno)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Trastornos del habla, el aprendizaje o la audición	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Convulsiones, desmayos o epilepsia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fácilmente MORETONES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Asma o fiebre del heno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Desorden de sangre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Presión arterial ALTA o BAJA (circule uno)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de vejiga	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis u otros problemas pulmonares	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Problemas del hígado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto cardíaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Hepatitis, ictericia u otra enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Problemas psicológicos o emocionales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Cancer/Tumor	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

Explique cualquier otra preocupación médica: _____

¿Su hijo actualmente está tomando algún medicamento? SI | No Si es así, por favor liste: _____

Nombre del Medico: _____ # de Telefono del Medico: _____ Fecha de examen: _____

He leído y respondido las preguntas anteriores a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre del Responsable: _____ Firma: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA

Anestesia local (jugo de cosquillas)

Entiendo que la anestesia local se puede usar durante el tratamiento dental. Entiendo que existen riesgos relacionados con la anestesia. Estos riesgos incluyen pero no están limitados a; mareos, náuseas, vómitos, aceleración del ritmo cardíaco, frecuencia cardíaca lenta y reacción alérgica.

Óxido Nitroso (Gas de riza)

Entiendo que el óxido nitroso y el oxígeno se pueden usar durante el tratamiento dental. El óxido nitroso es quizás el sedante más seguro en odontología. También conlleva riesgos. Estos riesgos incluyen pero no están limitados a; mareos, náuseas, vómitos, aceleración del ritmo cardíaco, frecuencia cardíaca lenta y reacción alérgica.

Por favor pregunte al personal si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a este formulario de consentimiento.

Yo reconozco que he leído este consentimiento con respecto a la anestesia.

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Kidz Dental South está autorizado a divulgar información de salud protegida sobre el paciente a las entidades que se detallan a continuación. El objetivo es informar al paciente u otras personas sobre el estado de salud dental del paciente.

Se permite la divulgación de información a las siguientes partes: (marque todas las que apliquen)

Correo de voz SI | No

Conyuge SI | No Nombre del Conyuge: _____

Otro miembros de la familia SI | No Nombre: _____

El paciente/responsable tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor.

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO

Yo autorizo los servicios dentales al paciente mencionado anteriormente y los procedimientos que el dentista decida para llevar a cabo estos procedimientos. También autorizo y solicito la administración de cualquier anestésico y radiografías que el médico considere necesarias y aconsejables.

TERMINOS Y CONDICIONES

Yo certifico que toda la información anterior es correcta y verdadera. Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y materiales no pagados por mi plan dental, a menos que Kidz Dental Central tenga un acuerdo contractual con mi plan que prohíba todo o parte de dichos cargos. Autorizo a Kidz Dental Central a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros o pagador externo para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Autorizo el pago de los beneficios dentales que, de otro modo, se me pagarían, para ser pagados directamente a Kidz Dental Central.

Yo certifico que si el paciente mencionado arriba es menor de edad, es necesario que se obtenga un formulario de permiso firmado por uno de los padres o tutores antes de poder comenzar cualquiera y / o todos los tratamientos dentales necesarios. Además, autoricé a Kidz Dental Central para que brindara tratamiento dental a mi hijo.

Existe un cobro de \$30 por cada niño/a por no asistir o cancelar su cita con 24 horas de anticipacion.

Firma: _____ Fecha: _____ Relacion al paciente: _____



2620 Central Avenue
Charlotte, NC 28205
P: (980) 875 - 9158

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ he leído la copia de la
Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

(Por favor imprima el nombre)

(Firma)

(Fecha)

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

