



5306 South Blvd., Suite A
 Charlotte, NC 28217
 P: (980) 226-5400

INFORMACIÓN 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:	
# DE TELEFONO:	# TELEFONO ALTERNATIVO:		
NOMBRE DE ESCUELA/GUARDERIA:			
MEDICO DEL PACIENTE:		# DE TELEFONO DEL MEDICO:	
FECHA DEL ULTIMO EXAMEN:	PESO ACTUAL:	ALTURA ACTUAL:	

INFORMACIÓN DEL LOS PADRES/TUTOR

NOMBRE DE MAMÁ, PAPÁ O TUTOR:	RELACIÓN AL PACIENTE:
# DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:
EMPLEADOR:	# DE TELEFONO/EMPLEADOR:
CORREO ELECTRONICO:	¿COMO SE ENTERO DE LA OFICINA?

CONTACTO DE PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE: _____ # DE TELEFONO: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ # DE TELEFONO: _____ RELACIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

PARTE 1

¿Usted tiene NC Medicaid o NC Health Choice? SI NO (SI LA RESPUESTA ES SI, PORFAVOR NO LLENE LA SEGUNDA 2)

PARTE 2 --- SEGURO PRIVADO SOLAMENTE:

EL SEGURO PRINCIPAL	EL SEGURO SECUNDARIO
NOMBRE DEL SEGURO:	NOMBRE DEL SEGURO:
NOMBRE DEL ASEGURADO:	NOMBRE DEL ASEGURADO:
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:
# DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO:	# DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO:
RELACIÓN AL PACIENTE:	RELACIÓN AL PACIENTE:



HISTORIA DENTAL

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

Dentista Anterior: _____ Número de Teléfono del dentista: _____

¿Tiene algún expediente presente (incluyendo los Rayos X) de otra oficina?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo/a se ha quejado de un problema dental?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Si sí, describa: _____
¿Tiene heridas o a tenido cirugía(s) en la boca o cabeza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Si sí, describa: _____
¿Su niño/a todavía utiliza el biberón?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Su niño/a se cepilla los dientes DIARIAMENTE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Con qué frecuencia: _____
¿Su niño/a utiliza el hilo dental?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Con qué frecuencia: _____
¿Asistes a su niño con el cepillado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes hábitos?	<input type="checkbox"/> Chupar el dedo <input type="checkbox"/> Chupo <input type="checkbox"/> Morderse las uñas <input type="checkbox"/> Pulir dientes	
¿Como recibe su niño/a fluoruro?	<input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Pasta dental <input type="checkbox"/> Tabletas <input type="checkbox"/> Agua de la llave <input type="checkbox"/> Otro	
Cuál es la actitud del niño/a hacia la odontología:	<input type="checkbox"/> Excepcional <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Otro	

HISTORIA MÉDICO

Fiebre reumática / enfermedad cardíaca reumática ¿Si sí, necesita premedicación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Diabetes - TIPO 1 o TIPO 2 (circule uno) ¿Si sí, usas insulina, tomas medicamentos, o los dos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Convulsiones, desmayos o epilepsia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Están las vacunas de su hijo corrientes?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Has tenido o tienes Anemia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Trastornos de palabras, aprendizaje o audición?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Has tenido/ tienes asma o bronquitis?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Has tenido una transfusión 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	¿Te magullas fácilmente? (Moretones)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Tuberculosis u otros problemas pulmonares?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Tienes un trastorno de células sanguíneas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Problemas del hígado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Tienes problemas de la vejiga o riñones?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Hepatitis, ictericia u otra enfermedad hepática?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Tienes o has sufrido de neumonía (pulmonía)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Problemas psicológicos o emocionales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, o defecto cardíaco?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Enfermedad del riñón?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Tienes un pacificador cardíaco?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿SIDA o VIH positivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Derrame cerebral?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Sufres de fiebre de heno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Problemas de la tiroides?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Has tenido cirugía cardíaca?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Cáncer/Tumores?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

Explique cualquier otra preocupación médica: _____

¿Su hijo/a corrientemente está tomando algún medicamento? SI | No Si sí, por favor apunte: _____

¿Su hijo/a es alérgico de algún medicamento o alimento? SI | No Si sí, por favor apunte: _____

He leído y contestado 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. Entiendo que la anestesia local se demora de disiparse del cuerpo y tengo que poner atención que no se vaya a morder la boca.

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: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE INFORMACIÓN

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

Cónyuge SI | No Nombre del Cónyuge: _____

Otros miembros de la familia SI | No Nombre: _____ Relación al paciente: _____

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.

TÉRMINOS 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 South** tenga un acuerdo contractual con mi plan que prohíba todo o parte de dichos cargos. Autorizo a **Kidz Dental South** 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 South**.

Yo certifico que toda la información anterior es correcta y verdadera. Si el paciente 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, autorizo a **Kidz Dental South** para tratamiento dental de mi hijo.

Entiendo que la póliza de **Kidz Dental South** dice que me cobrarán \$30 si mi hijo/a falla la cita sin avisar la oficina 24 horas antes. También, si llegan más de 15 minutos tarde puedo correr el riesgo de fijar un nuevo horario.

Firma: _____ Fecha: _____ Relación al paciente: _____



5306 South Blvd., Suite A
Charlotte, NC 28217
P: (980) 226-5400
F: (980) 226-5927

CONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD DE LOS PACIENTES EN NUESTRA PRÁCTICA

Yo, _____ he recibido una copia de la
Privacidad De Los Pacientes En La Oficina.

(Por favor imprima el nombre del Paciente)

(Relación al Paciente)

(Firma)

(Fecha)

Para Uso De La Oficina

Intentamos de obtener prueba en escritura que el paciente o guardián recibió y leyó la copia del conocimiento de privacidad de la oficina, pero no se pudo obtener porque:

- El paciente o guardián rechazo firmar el conocimiento.
- Había un obstáculo de comunicación que prohibió obtener firma del conocimiento.
- Una emergencia nos prohibió obtener el conocimiento.
- Otro (Por favor explique porque no firmo el conocimiento de la practicas privacidad):

