

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental



ADA.

American Dental Association
www.ada.org

Nombre del Paciente <small>APELLIDO NOMBRE INICIAL</small>			Apellido	Fecha de Nacimiento																																										
Nombre del Padre/Madre/Encargado			Parentesco/Relación con el Paciente																																											
Dirección																																														
<small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		<small>CIUDAD</small>	<small>ESTADO</small>	<small>CÓDIGO POSTAL</small>																																										
Teléfono <small>Casa Trabajo Móvil</small>			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																											
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre? Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.																																														
Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																														
<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> Desmayos</td> <td><input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas)</td> <td><input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia)</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral</td> <td><input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento</td> <td><input type="checkbox"/> Riñones</td> <td><input type="checkbox"/> Fiebre reumática</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Varicela</td> <td><input type="checkbox"/> Oído</td> <td><input type="checkbox"/> Alergia al látex</td> <td><input type="checkbox"/> Ataques epilépticos</td> <td><input type="checkbox"/> Otras _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vejiga</td> <td><input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica</td> <td><input type="checkbox"/> Corazón</td> <td><input type="checkbox"/> Hígado</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> Sarampión</td> <td><input type="checkbox"/> Tiroides</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones</td> <td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td> <td><input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA</td> <td><input type="checkbox"/> Mononucleosis</td> <td><input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas)	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/> Otras _____	<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis)		<input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tiroides		<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas					<input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)		
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas)	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis																																									
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas																																									
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/> Otras _____																																									
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis)																																										
<input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tiroides																																										
<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas																																										
			<input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)																																											
Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Nombre del Médico _____ Teléfono _____																																														

Historia del Niño

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____ Si es así, por favor haga una lista: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez?.....	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general?	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria?.....	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño algún defecto del habla?.....	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?.....	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional?	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta?.....	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente?	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado?	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez?	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes?.....	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes?	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?.....	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete?	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas?	21. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada		
23. ¿Qué pasta de dientes se usa?		
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿Cuándo se cepillan los dientes del niño? _____		
25. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____		

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado _____ Fecha _____

A ser completado por el odontólogo/a Comentarios _____ _____ _____ _____

Sólo Para Uso de la Oficina: ☐ Alerta Médica ☐ Premedicación ☐ Alergias ☐ Anestesia Revisado por _____
 Fecha _____

Spouse or Responsible Party Information

The following is for: ☐ the patient's spouse ☐ the person responsible for payment

Name: _____
☐ Male ☐ Female ☐ Married ☐ Single ☐ Child ☐ Other _____

Social Security #: _____ Birth Date: _____

Phone (Home): _____ (Work): _____ Ext: _____ Best time to call: _____

Address: _____
Street _____ Apartment # _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Employment Information

The following is for: ☐ the patient ☐ the person responsible for payment

Employer Name: _____ Occupation: _____

Address: _____
Street _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Insurance Information

Primary

Nombre del Paciente: _____ Is insured a patient? ☐ Yes ☐ No

Insured's Birth Date: _____ Last First MI ID #: _____ Group #: _____

Insured's Address: _____
Street _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Insured's Employer Name: _____
Address: _____
Street _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Patient's relationship to insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other _____

Nombre de Aseguransa: _____

Secondary

Name of Insured: _____ Is insured a patient? ☐ Yes ☐ No

Insured's Birth Date: _____ Last First MI ID #: _____ Group #: _____

Insured's Address: _____
Street _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Insured's Employer Name: _____
Address: _____
Street _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Patient's relationship to insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other _____

Insurance Plan Name and Address: _____

Consent for Services

As a condition of your treatment by this office, financial arrangements must be made in advance. The practice depends upon reimbursement from the patients for the costs incurred in their care and financial responsibility on the part of each patient must be determined before treatment.

All emergency dental services, or any dental services performed without previous financial arrangements, must be paid for in cash at the time services are performed.

Patients who carry dental insurance understand that all dental services furnished are charged directly to the patient and that he or she is personally responsible for payment of all dental services. This office will help prepare the patients insurance forms or assist in making collections from insurance companies and will credit any such collections to the patient's account. However, this dental office cannot render services on the assumption that our charges will be paid by an insurance company.

A service charge of 1 1/2% per month (18% per annum) on the unpaid balance will be charged on all accounts exceeding 60 days, unless previously written financial arrangements are satisfied.

I understand that the fee estimate listed for this dental care can only be extended for a period of six months from the date of the patient examination.

In consideration for the professional services rendered to me, or at my request, by the Doctor, I agree to pay therefore the reasonable value of said services to said Doctor, or his assignee, at the time said services are rendered, or within five (5) days of billing if credit shall be extended. I further agree that the reasonable value of said services shall be as billed unless objected to, by me, in writing, within the time for payment thereof. I further agree that a waiver of any breach of any time or condition hereunder shall not constitute a waiver of any further term or condition and I further agree to pay all costs and reasonable attorney fees if suit be instituted hereunder.

I grant my permission to you or your assignee, to telephone me at home or at my work to discuss matters related to this form.

I have read the above conditions of treatment and payment and agree to their content.

Date: _____ Relationship to Patient: _____

FIRMA

Date: _____ Relationship to Patient: _____

Signature of guarantor of payment/responsible party