



## DENTISTRY FOR CHILDREN

### INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL NIÑO/A –	PRIMER	MEDIO	APELLIDO	APODO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ESCUELA			NIVEL	RAZON DE LA VISITA		
EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN PODEMOS CONTACTAR? NOMBRE				TELEFONO	RELACION	
REFERIOD A NUESTRA OFICINA POR (ASI PODEMOS AGRADECERLES)						

### HISTORIA MEDICA

DOCTOR DEL NIÑO/A - NOMBRE Y DIRECCION	TELEFONO	FECHA DE SU ULTIMA CITA
		MES / AÑO
		SI      NO
1.      ESTA SU NIÑO/A RECIBIENDO ALGUN TRATAMINETO MEDICO? POR QUE?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____		
2.      ESTA SU NIÑO/A TOMANDO MEDICAMENTOS? CUALES?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____		
3.      SU NIÑO/A HA SIDO HOSPITALIZADO O TENIDO ALGUNA CIRUGIA? POR QUE?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____		
CUANDO? _____		
4.      TIENE SU NIÑO/A ALERGIA A ALGUNA COMIDA O MEDICINA? CUAL?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____		

SU NIÑO/A TIENE ALGUNA HISTORIA DE? ( MARQUE SI ES SI)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS O SOPLOS DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> FRACTURA CEREBRAL      | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE RINOÑES/HIGADO |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA               | <input type="checkbox"/> DIABETES               | <input type="checkbox"/> HEPATITIS                   |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS                       | <input type="checkbox"/> ASMA                   | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HEMORRAGIAS    |
| <input type="checkbox"/> SENSITIVIDAD A LAS DROGAS      | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA              | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SANGRIAMENTO   |
| <input type="checkbox"/> ATAQUES / CONVULSIONES         | <input type="checkbox"/> TRANFUSIONES DE SANGRE | <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA           |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH POSITIVO            |   |  |

HAY ALGO MAS DE SU HISTORIA FISICA, MENTAL, O EMOCIONAL DE SU NIÑO/A QUE DEBAMOS SABER? QUE?

### HISTORIA DENTAL

PRMER VISITA AL DENTISTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DENTISTA ANTERIOR CIUDAD	FECHA DE SU ULTIMA VISITA
HA TENIDO SU NIÑO/A ALGUNA LESION EN SU MANDIBULA O ECIAS? (CAIDA, GOLPES, FRACTUREAS, ETC) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HACE/HIZO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES <input type="checkbox"/> SUCCION DEL PULGAR <input type="checkbox"/> SUCCION DE LABIOS <input type="checkbox"/> CHUPON/CHUPETE <input type="checkbox"/> SUCCION DE DEDOS <input type="checkbox"/> SE COME LAS UÑAS	
HA TENIDO SU NIÑO/A ALGUNA REACION INFAVORABLE DURANTE PROCEDIMIENTOS MEDICOS O DENTALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FAVOR DE EXPICAR	
COMO PIENSA QUE VA A ACTUAR SU NIÑO/A FRENTE EL DENTISTA	A QUE EDAD DEJO SU NIÑO/A DE TOMAR EL BIBERON O AMAMANTAR? (PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)	

### HISTORIA DENTAL PREVENTIVA

CUANTAS VECES SE LAVA LOS DIENTES SU NIÑO/A	ALGUIEN LO SUPERVISA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUIEN?	CUANDO?
USA HILO DENTAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SU NINO/A RECIBE (MARQUELO) <input type="checkbox"/> VITAMINAS DE FLUOR <input type="checkbox"/> FLUOR EN GOTAS O CAPSULAS <input type="checkbox"/> AGUA CON FLUOR <input type="checkbox"/> NINGUNA		

↓ OTRA LADO PORFAVOR ↓

# RESPONSABILIDAD FINANCIERA

NOTE QUE: SI LA FAMILIA NO ESTA VIVIENDO JUNTA, EL PADRE ACOMPAÑANDO AL MENOR SERA EL RESPONSIBLE DE LA CUENTA.

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DONDE TRABAJA	ESTADO MARITAL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO		CORREO ELECTRONICO
TELEFONO DE CASA	CELLULAR	TELEFONO DEL TRABAJO/OTRO	
DOMICIDIO		ESTADO	CODIGO POSTAL

NOMBRE COMPLETO DE LA MAMA		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DONDE TRABAJA	ESTADO MARITAL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDA		CORREO ELECTRONICO
TELEFONO DE CASA	CELLULAR	TELEFONO DE TRABAJO / OTRO	
DOMICIDIO		ESTADO	CODIGO POSTAL

## INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO		NOMBRE DE SU SEGURO	
TELEFONO DEL SEGURO	NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE GRUPO	
DIRECCION DEL SEGURO			

## SI TIENE MAS DE UN SEGURO, PORFAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE

NOMBRE DEL ASEGURADO		NOMBRE DE SU SEGURO	
TELEFONO DEL SEGURO	NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE GRUPO	
DIRECCION DEL SEGURO			

NOMBRE DE LOS HERMANOS DEL PACIENTE Y SUS FECHAS DE NACIMIENTO

ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA HA SIDO UN PACIENTE EN NUESTRA OFICINA ANTES?  SI  NO  
QUIEN FUE?

## ACUERDO FINANCIERO

YO AUTORIZO A DR. ROOKLIDGE Y SUS ASOCIADOS PARA PROVEER TRATAMIENTO DENTAL A MI NIÑO/A ANTERIORMENTE MENCIONADO. YO CONSTENTO TAL TRATAMIENTO, MEDICACION Y METODOS DE TRATAMIENTO, TAL COMO EL DR. ROOKLIDGE, Y SUS ASOCIADOS, Y PERSONAL CONSIDERAN APROPIADO EN PROVEER EL MEJOR Y MAS SEGURO TRATAMIENTO DENTAL POSIBLE PARA MI NIÑO/A. YO ENTIENDO QUE ANTES DE QUE SE REALICE CUALQUIER TRATAMIENTO, UNA EXPLICACION DETALLADA DEL DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTOS, Y OTROS ALTERNATIVOS Y CONSECUENCIAS DE NO TRATAMIENTO SERAN DADOS.

NUESTRO TRATAMIENTO SERA HECHO AL NIÑO/A Y NO A LA COMPAÑIA DE SEGURO. POR LO QUE, USTED ES EL RESPONSIBLE POR LOS SERVICIOS PROVEIDOS. NUESTRA OFICINA LE COBRARA A SU SEGURO MEDICO, COMO UNA CORTESIA, VAMOS A HACER LO QUE ESTE A NUESTRO ALCANCE PARA ESTIMAR CORRECTAMENTE SU PORCION DE LOS COSTOS TOTALES QUE SERAN COBRADOS. DE TODAS FORMAS, ESTO ES SOLO UN ESTIMADO, SU ASEGURANZA DETERMINARA SUS BENEFICIOS EXACTOS. NOSOTROS RECIBIREMOS SU PARTE ESTIMADA AL MOMENTO DE LA CITA. SI NO RECIBIMOS UN PAGO DE SU PARTE EL DIA QUE PRESTAMOS NUESTROS SERVICIOS LE AGREGAREMOS UN CARGO A SU CUENTA, SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DEL MONTO QUE SU ASEGURANZA NOS HA PAGADO, POR FAVOR CONTACTESE CON ELLOS PARA REVISAR SU POLIZA DE SEGURO, SI HAY QUE HACERLE A USTED UN REEMBOLSO, SE LO MANDAREMOS A USTED DE VUELTA UNA VEZ QUE NOSOTROS HAYAMOS RECIBIDO LOS PAGOS EN FORMA INTEGRAL DE PARTE DE SU SEGURO. YO CONSIENTO ASUMIR COMPLETA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR EL CUIDADO DENTAL Y TRATAMIENTO DE MI NIÑO/A CON EL DR. ROOKLIDGE Y SUS ASOCIADOS. YO CONSIENTO PAGAR UN CARGO FINANCIERO DEL UNO Y MEDIO POR CIENTO POR MES EN LA SUMA DEBIDA AL DR. ROOKLIDGE. SI ES NECESARIA ALGUNA ACCION LEGAL PARA REFORZAR LOS TERMINOS DE ESTE ACUERDO. LA PERSONA QUE ES RESPONSIBLE POR LA CUENTA QUE NO HAYA CUMPLIDO SU PARTE DEL CONTRATO CONSIENTE EN PAGAR LOS COSTOS DE ABOGADOS Y CORTE. YO CONSIENTO PAGAR HASTA EL CUARENTA POR CIENTO DE LOS GASTOS DE COLLECCION INCURRIDOS POR ERIK ROOKLIDGE AL TRATAR DE COBRAR ESTE MONTO DE MI PARTE, EN ADICION A LOS GASTOS DEL ABOGADO ANTERIORMENTE MENCIONADO.

FIRMA	RELACION AL NIÑO/A	FECHA
-------	--------------------	-------