

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ INICIAL DEL 2do NOMBRE ____ SEXO: F M
 FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ SS# _____ - _____ - _____
 TELÉFONO _____ No. CELULAR _____ OTRO _____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

HISTORIAL DENTAL Y MÉDICO

ES CRUCIAL QUE CUALQUIER HISTORIAL DENTAL Y MÉDICO PROPORCIONADO SEA CORRECTO

OFICINA DENTAL ANTERIOR _____ ÚLTIMA VISITA DENTAL _____ ¿SE TOMARON RADIOGRAFÍAS? S N

(POR FAVOR ELIJA UNA OPCIÓN SEGÚN APLIQUE A SU CASO)

¿SU HIJO(A) TIENE PROBLEMAS PREIODONTALES (ENCÍAS)? SI NO

LAS ENCÍAS DE SU HIJO(A), ¿SANGRAN, SE IRRITAN O TIENEN SENSIBILIDAD? SI NO

¿SU HIJO(A) UTILIZA HILO DENTAL CON FRECUENCIA? SI NO

¿SU HIJO(A) HA TENIDO PROBLEMAS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS DENTALES ANTERIORES? SI NO

¿EL AGUA DE SU CASA ES FLUORADA? SI NO

¿SU HIJO(A) CONSUME AGUA EMBOTELLADA O FILTRADA CON FRECUENCIA? SI NO
 SI SU RESPUESTA ES SI, ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

DIARIAMENTE / FRECUENTEMENTE / OCASIONALMENTE (POR FAVOR ELIJA SEGÚN CORRESPONDA)

¿SU HIJO(A) HA RECIBIDO TRATAMIENTO ORTODONTICO (BRACES)? SI NO

¿SU HIJO(A) SUFRE DE DOLORES DE CABEZA, DE OÍDO O DOLOR DE CUELLO? SI NO

¿SU HIJO(A) SUFRE DE SENSIBILIDAD EN LOS DIENTES CON LO SIGUIENTE? CALIENTE / FRÍO / PRESIÓN / DULCES? (PLEASE CIRCLE THOSE THAT APPLY) SI NO

¿SU HIJO(A) ESTA CONTENTO(A) CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES? SI NO

PREOCUPACIONES DENTALES _____

INFORMACIÓN SOBRE SU MÉDICO DE CABECERA:

¿SU HIJO(A) SE ENCUENTRA BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO DE CABECERA? SI NO

NOMBRE DE SU MÉDICO DE CABECERA _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA MÉDICA _____

¿SU HIJO(A) TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO

LISTA DE MEDICAMENTOS _____

¿SU HIJO(A) HA SIDO HOSPITALIZADO(A) O HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA? SI NO

POR FAVOR ESPECIFIQUE _____



PADECIMIENTOS	<p>¿Su hijo(a) sufre o ha sufrido de alguno de los siguientes padecimientos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumor <input type="checkbox"/> Murmullo en el corazón, Defecto Cardíaco, Prolapso de la Válvula Mitral <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Presión Alta/Baja <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Herpes o ulceraciones <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo <input type="checkbox"/> Migrañas, o frecuentes dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Fractura de mandíbula <input type="checkbox"/> Anemia o desórdenes sanguíneos <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica o problemas sinusales <input type="checkbox"/> Alergias o urticaria <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> ADHD / ADD <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro <input type="checkbox"/> Problemas del oído <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos <input type="checkbox"/> Problemas del Habla <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación <input type="checkbox"/> Problemas del Sistema Autoinmune <input type="checkbox"/> Tuberculosis u otros problemas en los pulmones <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Hepatitis u otros padecimientos del hígado <input type="checkbox"/> Transfusiones Sanguíneas; fecha de la última transfusión _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones, desmayos <input type="checkbox"/> COVID-19; Fecha del resultado positivo _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <p>Para los padecimientos elegidos, por favor explique:</p>
	<p>¿Su hijo(a) requiere de antibióticos antes de su tratamiento dental? Si No</p> <p>Si su respuesta es sí, por favor especifique _____</p> <p>Farmacia de preferencia _____</p> <p>Dirección / calles que cruzan _____ Teléfono _____</p>
ALERGIAS	<p>¿Su hijo(a) es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a alguna de las siguientes opciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> Anestesia Local <input type="checkbox"/> Codeína u otra Medicina Controlada <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Otro: _____

Yo certifico que la información que he proporcionado es correcta a mi conocimiento y parecer. Si ocurre algún cambio, notificaré a la oficina para actualizar mi historial

Firma _____ Fecha _____

POLÍTICA DE CITAS DENTALES

Las citas son programadas con tiempos específicos dependiendo del tipo de cita o procedimiento. Nosotros reservamos un periodo de tiempo para el paciente con uno de nuestros especialistas para asegurar que el paciente reciba el más alto nivel de cuidado posible. Para garantizar máximo acceso a servicios dentales para todos nuestros pacientes, le pedimos por favor que respete sus citas designadas y tome en cuenta nuestra Política de Citas Dentales.

En caso de que se le haya hecho tarde para una cita programada, por favor contacte a la oficina de inmediato, proporcionando a la oficina con el tiempo estimado de su llegada, esto permite que la oficina ajuste el horario según corresponda y actualice al personal dental. Si el paciente llega a su cita 15 minutos **después** de su hora programada, la oficina le reprogramará su cita.

En caso de que necesite reprogramar su cita o cancelarla, por favor contacte a la oficina lo más pronto posible, 24 horas como mínimo, antes de su cita programada. Hay una gran demanda de citas dentales y al avisarnos por adelantado, nos permite ofrecer el tiempo de su cita a otro paciente quien necesite o este solicitando una cita dental.

Pedimos a todos los pacientes que respeten su tiempo programado con nuestros especialistas. Para hacerlo pedimos lo siguiente:

Consejos para Evitar una cita “Perdida”

- Confirme su cita
 - Siempre asegúrese de que contemos con su información de contacto más actualizada.
- Llegue 5 o 10 minutos antes de su cita.
- Avísenos por lo menos 24 horas antes si necesita cancelar o cambiar su cita.
 - Entendemos que pueden suceder emergencias. Si usted está pasando por circunstancias extenuantes y tiene que faltar a su cita sin poder darnos 24 horas de aviso previo, por favor hable con alguno de nuestros gerentes. Usted puede contactar a nuestra oficina las 24 horas del día, 7 días de la semana. Si su llamada es hecha fuera de nuestras horas de servicio, por favor deje un mensaje.

Definición de una Cita “Perdida”

- No llegar a la cita
- Cancelar una cita con menos de 24 horas de anticipación
- Llega más de 15 minutos tarde y en consecuencia no puede ser atendido por el dentista

Consecuencias de una Cita “Perdida” (por período de 12 meses) y Política del Mismo Día

- 1er cita perdida: recordatorio de nuestra Política de Citas Perdidas
- 2da cita perdida: recordatorio y advertencia de nuestra política. Puede resultar en que no le sea posible a la oficina programar tiempos específicos para el paciente y el paciente será puesto en la política de citas del mismo día.
- 3er cita perdida: la oficina no podrá reservar tiempos específicos para el paciente. El paciente será puesto en la política de citas del mismo día.
 - Política del Mismo Día: Como padre o guardián, usted tendrá que llamar a la oficina el día que desee que el paciente sea atendido y preguntar por nuestra disponibilidad. Si la oficina cuenta con tiempo disponible, el paciente será programado. Un máximo de dos miembros de la familia, por día, serán programados bajo la política del mismo día.
 - Si el paciente es colocado en la política del mismo día, se programa una cita, y el paciente no se presenta para su cita, el paciente o familia serán descartados de la oficina dental.

HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE CITAS DENTALES MENCIONADA ARRIBA

Firma _____ Relación con el Paciente _____ Fecha _____