

# HISTORIA CLINICA

El médico del menor \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_

	Si	No	Medicamentos _____
Está recibiendo algún medicamento o drogas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ha sido hospitalizado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ha tenido cirugías .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias _____
Hay sangrado excesivo cuando se corta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Su niño/a tiene antecedentes de cualquiera de las condiciones siguientes

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                             | <input type="checkbox"/> parálisis cerebral      | <input type="checkbox"/> epilepsia             | <input type="checkbox"/> enfermedades del riñon | <input type="checkbox"/> fiebre reumática       |
| <input type="checkbox"/> anemia                               | <input type="checkbox"/> la varicela             | <input type="checkbox"/> desmayos              | <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> asma <sup>problemas pulmonares</sup> | <input type="checkbox"/> convulsiones            | <input type="checkbox"/> problemas de audición | <input type="checkbox"/> sarampión              | <input type="checkbox"/> enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> problemas de vejiga                  | <input type="checkbox"/> diabetes                | <input type="checkbox"/> problemas del corazón | <input type="checkbox"/> mononucleosis          | <input type="checkbox"/> tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> cancer                               | <input type="checkbox"/> abuso de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> hepatitis             | <input type="checkbox"/> parotiditis            | <input type="checkbox"/> otras                  |

Tiene el paciente alguna enfermedad o problema medico que no se haya mencionado anteriormente?

TDAH

Por favor explique: \_\_\_\_\_

## CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del pariente o amigo más cercano que no viva con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIONES

Hasta donde yo sé, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar al dentista si mi hijo menor de edad tiene algún cambio en la salud. Iniciales \_\_\_\_\_

### Consentimiento para el menor de edad

Yo soy el padre, tutor o representante personal de \_\_\_\_\_ y no hay ninguna orden judicial  
Nombre del menor

actualmente en vigor que me prohíba firmar este consentimiento. Yo por la presente solicito y autorizo al personal médico dental para llevar a cabo los servicios dentales necesarios para el menor mencionado anteriormente, incluyendo pero no limitando a los rayos x, y a la administración de anestésicos, que se considere conveniente por el dentista. Yo entiendo que debo estar presente cuando el tratamiento sea efectuado a menos que haya un consentimiento previo por escrito. \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor

### Asignación y Liberación del Seguro Dental

Como una cortesía para usted, nosotros presentaremos sus reclamos ante la compañía aseguradora. **Sin embargo el compromiso es entre usted y su compañía aseguradora. Si tiene alguna duda o pregunta sobre sus pagos de su compañía aseguradora le recomendamos que les hable directamente para recibir una respuesta mas rápida y precisa.**

Es la responsabilidad del padre o tutor efectuar el pago del deducible o saldo que no sean cubiertos por la compañía aseguradora. Independientemente de la aseguradora, entiendo que tengo 60 días después de efectuado el tratamiento para liquidar el saldo, amenos que se hayan hecho otros arreglos previamente. Si mi saldo pasara de los 90 días, será cargado a mi cuenta un interés de uno por ciento (1%) mensual o doce por ciento (12%) anual. Yo certifico que mi dependiente está cubierto por

\_\_\_\_\_ y extendiendo directamente los beneficios de mi aseguradora a Smiles 4 Kids. Autorizo el uso de mi  
Nombre de la compañía aseguradora

firma para todas las solicitudes ante la compañía aseguradora. Doy permiso a Smiles 4 Kids para el uso de mi información médica que puede ser usada con el propósito de obtener pagos por los servicios prestados y para determinar los beneficios de la compañía aseguradora.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Smiles4Kids**  
DENTISTRY FOR CHILDREN

# Bienvenidos!

Nos complace dar la bienvenida a usted y a su hijo a nuestros servicios dentales. Por favor, tome unos minutos para llenar lo más completo posible este formulario. Si usted tiene preguntas estamos a su disposición para ayudarlo. Esperamos sinceramente servirle eficientemente para la salud dental de su niño.

## INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del menor \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección Física \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Persona financieramente responsable \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

A quién le podemos agradecer por su referencia \_\_\_\_\_

## COMPañIA ASEGURADORA

Nombre del padre/tutor _____	Nombre de la madre/tutora _____
Dirección (si es diferente del paciente) _____	Dirección (si es diferente del paciente) _____
Teléfono de Casa (____) _____	Teléfono de Casa (____) _____
Teléfono Celular (____) _____	Teléfono Celular (____) _____
Correo electrónico _____	Correo electrónico _____
Empresa _____	Empresa _____
Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____	Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Tiene cobertura de seguro dental para el menor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene cobertura de seguro dental para el menor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Proveedor _____ Número (____) _____	Proveedor _____ Número (____) _____
Dirección _____	Dirección _____
# de Grupo _____ # de Poliza _____	# de Grupo _____ # de Poliza _____

Su niño/a es elegible para asistencia médica del programa Idaho Smiles?  Si  No # de Idaho Smiles: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Fecha de la última visita a un dentista \_\_\_\_\_ para que servicio? \_\_\_\_\_

	SI	NO		SI	NO
Se ha quejado el niño/a de problemas dentales? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa fluoruro de alguna manera?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se cepilla los dientes el niño todos los días?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño ha tenido lesiones en la boca, cabeza, o dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa hilo dental el niño todos los días? ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna mala experiencia con el dentista? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene el hábito de chuparse el dedo, morderse las uñas, respirar por la boca, el uso del chupón, o duerme con el biberón?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúe Atrás

