



# Cuestionario

*¡Bienvenido a nuestra oficina!*

Creemos que usted estará satisfecho con el cuidado que le brindaremos. Para empezar su tratamiento, la siguiente información es necesaria. Por favor, complete totalmente y escribe con letra de molde claramente. Toda información se mantendrá confidencialmente. Muchas gracias por unirse a nuestra familia de pacientes.

-----INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE-----

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fec-Nac \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Tel Hogar \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Metodo preferido de contacto (Marque todas las que apliquen) :  Tel Celular  Tel Hogar  Tel Trabajo  Texto  Correo Electronico

Domicillio \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Est. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ ¿Con quién reside el paciente? \_\_\_\_\_

Nombre de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_

¿Por Que Estra Usted Aquí Hoy?  Examen General  Dolores De Mueles  Frenos  Mejorar Sonrisa  Otro \_\_\_\_\_

Doy permiso a Dino Kids' Dental para contactarme can anuncio, encuestras y otro mensajas Y / N (Usted puede optar fuera de estas comunicaciones en cualuier momento.)

Utilizamos esta información para proporcionarle un tratamiento excelente. Podriamos reveler información de salud del paciente (ISP) a terceras personas que realizan servicios para Dino Kids' Dental en la administración de sus beneficios de acuerdo con HIPPA. Estas partes están obligadas por ley a firmas un contrato de acuerdo a proteger la confidencialidad de su ISP. Su ISP puede ser revelada a un afiliado que realiza servicios para Dino Kids' Dental en la administración de sus beneficios. Nuestros afiliados no venden, comparten o alquilan la información personal identificable de nuestros pacientes a menos que sea requerido por la ley, no envian ningún correo electrónico u otra comunicación sin el permiso del paciente.

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Tenga en cuenta que solo el padre/tutor legal puede firmar y dar su consentimiento para el tratamiento dental para un paciente menor. Una forma del identificación, y si es necesario, la documentación legal debe ser presentada antes de que cualquier tratamiento dental sea realizado al paciente.

Nombre de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fed de Nc \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_

Relacion al paciente:  Padre  Padrasto  Guardian  Otro \_\_\_\_\_

Estado civil del Padre:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otros Significativos

Si está divorciado/separado, ¿quién es el padre que tiene la custodia? (por favor proporcione la documentación legal)

Guardian Nombre \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_

Tel Hogar \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Direccion Postal \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Est. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Tel Trabajo \_\_\_\_\_

¿Alguien que no sea un padre biológico tiene custodia legal?  Si  No ¿Si sí, quién? (por favor proporcione la documentación legal)

Guardian Nombre \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_

Seguro Dental \_\_\_\_\_ | Seguro Dental Secundario  Si  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ | Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Por lo presente certifico que yo, el abajo firmado, doy permiso para llevar a cabo cualquier service dental y/o procedimiento quirúrgico que sea necesario o aconsejado y también para el uso de anesthesia local o general que el dentist aconseje que sea necesario. También se me han explicado las consecuencias si no se llevan a cabo estos tratamientos o si solamente se usan tratamientos parciales. Por lo presente autorizo a mi dentist a dar cualquier o toda información (incluyendo información dental) al agente de aseguranza arriba mencionado para usarse en la administración de reclamos y evaluación, para usarse en al reexamenación y en la verificación financier. Esta authoizaración queda valida y efectiva desde la fecha en que se firme hasta que se anule por escrito.

Por lo presente autorizo a mi agente de aseguranza a pagar todo, yo soy responsable por el balance que queda. Comprendo que algunos de los servicios dentales que yo reciba pueden requerir un pago adicional par mi. La cantidad del pago adicional será diferente de acuerdo a los términos del plan de aseguranza que yo tenga y al procedimiento que se haya utilizado. Si mi plan de azeguranza dental tiene un deducible anual, comprendo que se tiene que paga antes de empezar el tratamiento. También comprendo que es necesario pagar el pago adicional por complete cuando se empieza el tratamiento. Un cargo financier de 1.5% por mes (18% pr ano) se añadirá al balance principal en todas las cuentas que no se hayan pagado dentro de 30 días empezando en la fecha en que se rindan los servicios.

También comprendo que se me cobrara citas que haya faltado y que no haya cancelado con 24 horas de anticipación.

Firma del Padre/Parte Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
---------------------	---------------------

Estas preguntas se hacen para su beneficio y para asegurarle que el tratamiento tomara en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas le parecerán que no tienen nada que ver con su interés dental, pero todos se refieren al cuidado apropiado de la salud oral. Por favor, conteste cada pregunta y marque SI o NO cuando sea necesario.

**Historial Medico** (Si el paciente es menor de edad, el padre/guardián debe responder a las siguientes preguntas relacionadas con la salud del paciente)

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Goza usted de buena salud?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Esta usted bajo tratamiento medico?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si esta, ¿por cual medico? _____  |                          |                          |
| ¿Nombre del doctor/teléfono/domicilio? _____  |                          |                          |
| 3. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad grave o alguno cirugía?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si ha tenido, ¿explica? _____   |                          |                          |
| 4. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si ha estado, ¿cuál fue el problema? _____  |                          |                          |
| 5. ¿Ha estado tomando alguna medicina? O alguna droga recreacional (Extasis, cocaína, etc)?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si esta tomando, cuales? _____ ¿Que dosis? _____  |                          |                          |
| Si esta tomando, cuales? _____ ¿Que dosis? _____  |                          |                          |
| 6. ¿Es usted sensitivo o alérgico a alguna droga? <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Tetracilina <input type="checkbox"/> Sulfas <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Codeína |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> ¿Otras, cuales? _____  |                          |                          |
| 7. ¿Sufre usted o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?:  |                          |                          |

SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO					
<input type="checkbox"/>	Soplo Cardiaco	Reemplazo de coyuntura	Epilepsia o Convulsiones	Anemia	Enfermedad de los riñones							
<input type="checkbox"/>	Alta Presión	Alergias o Ronchas	Padecimientos o Ataques al corazón	Ulceras	Problemas con los senos frontales							
<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiación	Medicamento de cortisona	Hepatitis	Glaucoma	Enfermedades de la sangre							
<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	Hemorragias Excesivas	Desmayos o convulsiones	Artritis	Adición a drogas							
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Alergia a Látex	Quimioterapia (Cáncer, Leucemia)	Enfisema	Enfermedad del hígado							
<input type="checkbox"/>	Marcapaso Cardiaco	Dolor en las coyunturas de la quijada	Enfermedades venéreas (Sífilis, Gonorrea)	Ulceras en los labios	SIDA							
<input type="checkbox"/>	Desorden de Nervios	Enfermedades Pulmonares	Prótesis Artificial	Se le hacen moretones fácilmente	Asma							
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Tiroidea	Desordenes Mentales	Angina Pectoris	Lesiones a la cabeza	Hemofilia							
<input type="checkbox"/>	Tumores	Tratamiento Psiquiátrico	Lesiones Congéniales al Corazón	Diabetes	Embolia							
<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	Parálisis Cerebral	Cirugía Cardíaca (Reemplazo de Válvulas)	Prótesis en Acoyuntares	Ictericia							

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no aparece en la lista y que usted cree que nosotros debemos saber? ..... | SÍ                       | NO                       |
| Si es así, que? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Fuma usted? Si fuma, cuantos cigarrillos al día? _____  |                          |                          |
| 10. ¿Está tomando o ha tomado el medicamento Phen-Phen?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. (Mujer) ¿Hay alguna posibilidad de que usted este embarazada?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. (Mujer) ¿Tiene usted algún problema asociado con su periodo menstrual?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. (Mujer) ¿Usa usted píldoras anticonceptivas?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Dental History**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha tenido usted alguna vez anestesia local? (Novacaina, etc)?.....  | SÍ                       | NO                       |
| 2. ¿Ha tenido usted alguna vez reacción desfavorable con anestesia local?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido usted problemas graves asociados con algún tratamiento dental anterior?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si ha tenido, explique: _____   |                          |                          |
| 4. ¿Cuánto tiempo hace de su última radiografía de la boca? _____   |                          |                          |
| 5. ¿Cuanto tiempo hace de su ultimo tratamiento dental? _____   |                          |                          |
| 6. ¿Tiene usted hoy en día algún problema como resultado de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo? _____  |                          |                          |
| 7. ¿Se pone nervioso/a a los tratamientos dentales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Un Poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Extramadadamente |                          |                          |

A lo mejor de mi entendimiento, todas las respuestas que ha dado son verdaderas y correctas. Si alguna vez experimentare algún cambio en Mi salud o en Mis medicinas, yo, sin faltar, notificare al doctor en mi próxima cita.

Firma del Padre/Paciente/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de DDS \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

.....DDS NOTES.....