

Apellido	Primer Nombre	2o Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
----------	---------------	-----------	---------------------	------



Historia Dental

- Esta es la primera visita de su hijo/a al dentista? Si No. Dentista anterior? _____
- Por favor describa la razón de su visita al dentista: _____
- Favor Chequee si su hijo o hija ha padecido o esta padeciendo de alguno de los siguientes:

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Dolor de Diente			Golpes en la cara o en los dientes			Mi hijo/a se chupa los dedos			Mal Aliento		
Hinchazón en la Cara			“Fuegos” (infección viral) en los labios			Rechina los dientes (de noche/día)			Le recetaron “fluoruro” (gotas)		
Postemillas en las encías o absceso dental			Le han hecho tratamiento dental bajo sedación oral			Tratamiento Dental bajo Anestesia General			Sus encías le sangran al cepillar		

- Usted se encarga del cepillado de dientes? Si No. Que Pasta de dientes usa: _____
- Le “pasa” el hilo dental a su hijo/a? Si No Si, pero el/ella se lo pasa solito/a.
- Le han recetado o usa enjuagatorios de Fluoruro? Si No

Historia Médica

- Quien es el Medico de su hijo/hija? _____
Fecha de ultima visita al medico ___/___/___ Razón: _____
- Su Hijo/a esta bajo tratamiento medico? Si No Motivo: _____
- Que medicinas toma su hijo/hija (por favor describa la dosis)? _____
- Alguna Vez han hospitalizado a su hijo/a? Si No Razón: _____
- Ha estado enfermo su hijo/a en el ultimo mes? Si No Por favor describa: _____
- Por favor describa el estado de salud en GENERAL de su hijo/a: Excelente Buena Regular Mala
- Su hijo/a nació prematuro? Si No Por favor describa: _____
- Favor Chequee si su hijo o hija ha padecido o esta padeciendo de alguno de los siguientes:

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Enfermedad del Corazón			Infección Urinaria			Alergia a Comidas			Dificultad del Habla		
Soplo del Corazón			Insuficiencia Renal o enfermedad de riñones			Alergias en general			ADD/ ADHD		
Cirugía del Corazón			Enfermedades de los Músculos			Enfermedad del Hígado o hepatitis			Problemas Psicológicos		
Problemas de Sangrado/ Anemia			Epilepsia o convulsiones			Agruras o Ulcera del estomago			Expuesto/a a humo del tabaco		
Transfusión de Sangre			Asma (leve, moderada o severa)			Sinusitis o Migrañas			Retraso en el desarrollo		
Cáncer			Diabetes			Apnea del Sueno			Problema Genético		
Quimioterapia			Problemas de la Tiroides			Ronca de noche			Desmayo o Vahído		
Radioterapia			Alergias a Medicinas			Problemas de Peso			HIV/SIDA		

Si alguno de estos es “SI” por favor describa: _____

Yo certifico por medio de esta firma que soy la persona autorizada para proporcionar esta información y que he leído y entendido las preguntas anteriores a cerca de historia medica o historia dental. No considerare al Dr. Dorantes o a miembros de su clínica responsables por omisiones o errores que haya cometido al completar este formulario.

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Información de su Hijo/a

Fecha de hoy _____

Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____

Sexo Masculino Femenino

Dirección (Casa) _____

Ciudad _____ Zip: _____

Otra Persona de Contacto _____

Tels. (____) _____ (____) _____

Relación con el Paciente _____

Dentista Anterior _____

Ultima visita al dentista (Fecha) _____

Quien los recomendó con nosotros?

Autorizo a SPD a tomar fotos de mi hijo/a para su "Cavity Free Club" o para propósitos clínicos.

- Mi hijo/a tiene Cupón Medico/DSHS/Provider ONE (chequee aquí)
- Mi hijo/a tiene SEGURO DENTAL PRIVADO (chequee aquí)
- Mi hijo/a NO tiene seguro dental (chequee aquí)

FAVOR LLENAR INFORMACION ABAJO

Información del Padre o Madre del Paciente

Nombre Padre/Madre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Zip: _____

Teléfono de la Casa (____) _____

Teléfono del Trabajo (____) _____

Teléfono Celular (____) _____

Autorizo/Prefiero a que me envíen mensajes de texto para confirmar citas de mi hijo/a.

A que numero los podemos llamar durante el día?

Celular Casa Trabajo Otro(____) _____

Persona RESPONSABLE de la cuenta

(para pacientes SIN seguro o CON seguro privado)

Nombre _____

Dirección La misma _____

_____ Ciudad _____

Lugar de Empleo _____

Ocupación _____

Email (correo electrónico) _____

de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____

Seguro Dental Primario

Cupón Medico/DSHS/Provider ONE

Otro Seguro _____

PAGO POR MI CUENTA (No tengo Seguro)
Si su hijo/a carece de seguro dental, favor pregúntenos a cerca de nuestros planes de financiamiento

Seguro Dental Secundario (si existe)

Nombre de la Compañía _____

Dirección de la Compañía _____

Teléfono de la Compañía _____

Numero de Grupo _____ Plan # _____

Persona Asegurada _____

Relación con el Paciente _____

Seguro Social del Asegurado _____

Lugar de Empleo _____

Yo Autorizo a Carlos Dorantes DDS, PLLC (Summitview Pediatric Dentistry) o SPD a recibir pagos de cobros hechos a mi seguro medico/dental. También autorizo a el Dr. Dorantes y a su personala efectuar exámenes, radiografías, anestesia dental, procedimientos dentales de restaurativa (rellenos y coronas), extracciones dentales y cualquier otro procedimiento que sea necesario para el paciente descrito en esta forma. Yo certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta. Este contrato estará vigente hasta que una de las partes (Summitview Pediatric Dentistry o el Padre o Madre) lo cancele.

Firma _____
 Padre/Madre Guardián Legal Otro _____

Date _____



He Recibido Información a Cerca de la Póliza de Privacidad

Manifiesto que me han informado por vía escrita a cerca de las pólizas de privacidad de la Oficina Dental del Dr. Carlos Dorantes. El Documento o Póliza de privacidad describe en qué forma mi información medica puede ser usada con propósito de pagos, tratamientos o consultas. Este documento también describe mis derechos y responsabilidades (de Summitview Pediatric Dentistry) con respecto a mi información. Este documento está a mi disponibilidad en cualquier momento, en la oficina del Dr. Carlos Dorantes.

Summitview Pediatric Dentistry se reserve el derecho de cambiar la/las pólizas de privacidad descritas en el documento anterior. Si estos cambios se llevan a cabo, tengo el derecho de revisar las nuevas pólizas de privacidad durante mi próxima visita al consultorio; o por medio de correo, si decido solicitar una copia de este documento.

Autorización para proveer información a otras personas/entidades

Aparte de las otras entidades a las cuales mi información medica le puede ser proporcionada (como se describió en la Póliza de Privacidad), autorizo a que mi información sea dada a las siguientes personas:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Cualquier miembro de mi familia inmediata | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Iniciales _____ |
| Esposo/a Únicamente | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Iniciales _____ |
| Otro/a Persona (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Iniciales _____ |

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Relación con el Paciente

Para uso Oficial , No llenar esta parte !

I attempted to obtain the Patient's or Patient Representative's signature in acknowledgement on this Statement of Privacy Practices, but was unable to do so as documented below:

<i>Date:</i>	<i>Initials:</i>	<i>Reason:</i>



Reglas de Nuestra Clínica

Le queremos dar las gracias por permitirnos atender a sus niños. Con el propósito de aclarar dudas y preguntas que pueda tener a cerca de nuestra oficina, le ofrecemos la siguiente información.

Puedo pasar al consultorio con mi hijo/a?

Esperamos que nos acompañe en el área clínica durante la primera cita de su hijo/a ya que esto permite que observe a nuestro personal trabajando con sus niños y a la vez va a permitir que respondamos cualquier pregunta que tenga. A la vez, esto también va a permitir que el Dr. Dorantes discuta con usted cualquier tratamiento que el necesite efectuar. Los padres son bienvenidos en el área clínica en cualquier momento, pero otros niños que no tengan cita deben esperar en el área de juegos.

A cerca de sus citas:

1. Por favor avísenos con un mínimo de **48 horas** de anticipación si va a cancelar o cambiar su cita.
2. Cualquier cita a la que usted falle sin avisarnos con tiempo puede llevar un recargo de **\$50** a su cuenta.
3. Nuestras recepcionistas confirmaran sus citas con la información que usted nos proporciono, si ellas **NO** pueden contactarlos, su cita será cancelada y no le daremos mas citas.
4. Si usted faya **UNA CITA** sin informarnos con anticipación, ya no le atenderemos en esta clínica.

Su Seguro Dental:

Aceptamos la mayoría de seguros dentales de en Washington incluyendo el **CUPON MEDICO**.

Si usted tiene **seguro dental privado**, por favor tenga en mente que esto **NO** implica que todos los servicios dentales están cubiertos y generalmente siempre va a tener un cargo extra (se le llama "Co-pay") del cual usted es responsable.

Si usted tiene **seguro dental privado**, por favor infórmenos con tiempo para que podamos informarle a usted de todos los costos extra que van a tener.

El **CUPON MEDICO** generalmente cubre **TODOS** los servicios dentales de niños menores de 18 años, sin embargo algunos servicios específicos (por ejemplo: Coronas de Porcelana en dientes Permanentes) no están cubiertos. Si existe algún servicio que no esté cubierto por el cupón medico, nosotros le informaremos con anticipación y le daremos un estimado de los costos extras.

He leído y entiendo claramente las pólizas de la oficina del Dr. Carlos Dorantes:

Nombre o Firma del Padre o Guardián legal: _____

Fecha: _____