



Historia Médica de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: / / _____ Fecha: / / _____
 Persona Responsable: _____ Sexo del Paciente M F

1. Tiene usted un medico familiar en este momento? Sí No
 Nombre de medico: _____ # de Telefono: _____
 Cuando fue su ultimo examen fisico completo? / / _____
2. Usted a sido un paciente en un hospital? Sí No
3. A tenido usted alguna vez una enfermedad seria o cirugia mayor? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
4. Es usted alergico(a) a algun medicamento o substancia? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
5. Esta usted tomando medicina? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
6. Tiene usted problemas con anestesia local (Novacains), antibioticos, o algun otro medicamento? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
7. Esta usted embarazada o sospecha que puede estar embarazada? Sí No
8. Toma usted medicinas anticonseptivas? Sí No
9. Mastica, fuma o usa cualquier forma de tabaco? Sí No

10. Alguna vez a tenido el tratamiento o consulta médica para los siguientes?
- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangre/sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> Garganta | <input type="checkbox"/> Oídos | <input type="checkbox"/> Pulmones |
| <input type="checkbox"/> Glándulas endocrinas | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal/estómago | <input type="checkbox"/> Amígdalas/vegetaciones adenoideas | <input type="checkbox"/> Nariz |
| <input type="checkbox"/> Corazon | <input type="checkbox"/> Riñón/vejiga | <input type="checkbox"/> Músculos | <input type="checkbox"/> Piel |
| <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso | <input type="checkbox"/> Huesos |
- ¿NO he tenido tratamiento sobre lo mencionado arriba?

11. ¿Ha sido diagnosticado con alguna condicion mencionada abajo?
- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Anemia de célula de hoz/rasgo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones/asimientos | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas del discurso |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Spina bífido |
| <input type="checkbox"/> Empalmes artificiales/Prothesis | <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales | <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta | <input type="checkbox"/> El roncar |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas del ojo | <input type="checkbox"/> Alergia del látex | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Apnea de sueño obstructor | <input type="checkbox"/> Problemas de la sangría | <input type="checkbox"/> Inhabilidad de aprendizaje | |
| <input type="checkbox"/> Lesión de cerebro | <input type="checkbox"/> Desfallecimiento | <input type="checkbox"/> Murmullos o condición de corazón | |
| <input type="checkbox"/> Problemas del comportamiento | <input type="checkbox"/> Pérdida de oído | <input type="checkbox"/> Válvula o implante de corazón artificial | |

12. ¿Hay otra cosa que debemos saber sobre su salud que no hemos cubierto en esta forma? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____

Al mejor de mi conocimiento las preguntas sobre esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que eso el abastecimiento de la información incorrecta podría ser peligroso a mi salud.

Repasado por el doctor: _____ Fecha: / / _____
 Firma del Paciente (Guardian): _____ Fecha: / / _____

Actualizacion de Historia de Salud: Existen cambios en la historia medico de su nino?
 Sí No Firma del Paciente (Guardian): _____ Fecha: / / _____

Actualizacion de Historia de Salud: Existen cambios en la historia medico de su nino?
 Sí No Firma del Paciente (Guardian): _____ Fecha: / / _____



Información de Seguro Comercial

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Primario

Nombre del asegurado: _____ # Seguro Social _____
 Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ # ID: _____ # del Grupo (plan): _____

Dirección residencial: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Patrón: _____

Dirección del Patrón: _____
 Ciudad Estado Teléfono

Relación con el Paciente: Uno mismo Esposa Hijo Otro: _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros: _____

Secundario (si aplica)

Nombre del asegurado: _____ # Seguro Social _____
 Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ # ID: _____ # del Grupo (plan): _____

Dirección residencial: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Patrón: _____

Dirección del Patrón: _____
 Ciudad Estado Teléfono

Relación con el Paciente: Uno Mismo Esposa Hijo Otro _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros: _____

Autorización de Aseguración / Seguro

Favor de poner sus iniciales y firme en la línea

_____ Yo entiendo que el pago debe hacerse **antes** de recibir el tratamiento

_____ Yo autorizo la entrega de cualquier información a mi aseguranza/seguro

_____ **Yo entiendo que soy responsable por el costo total no cubierto por mi aseguranza/seguro**

_____ Yo autorizo el pago directo a mi doctor

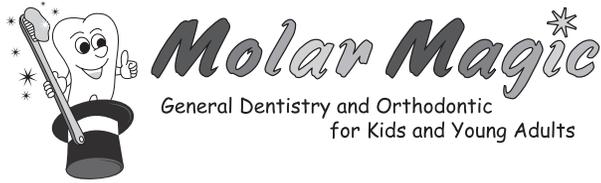
_____ Yo autorizo a mi doctor para actuar como mi agente ayudándome a obtener el pago de estos servicios a mi aseguranza/seguro

_____ Yo entiendo que si yo recibo pago de mi compañía de aseguranza/seguro por el tratamiento, soy responsable por el pago de los servicios recibidos en la oficina dental.

_____ Firma del Paciente, Pariente o Responsable

_____ Fecha

_____ Relación con el Paciente



NORMAS DE OFICINA RELACIONAS AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

Nuestra meta al tratar a su niño es proveerle un cuidado dental de alta calidad utilizando las técnicas y materiales mas avanzadas en un ambiente seguro y relajado con nuestro personal experimentado y altamente calificado. A continuación se describen nuestras normas de oficina para el tratamiento del paciente. Si tiene alguna pregunta o duda en relación con estas normas, por favor, acérquese a uno de nuestros dentistas o personal de oficina y ellos gustosamente le ayudaran.

TRATAMIENTO

Su niño será tratado de la misma manera que trataríamos a uno de nuestros hijos. Con muy pocas excepciones, la gran mayoría de los tratamientos dentales para niños pueden ser completados en la oficina dental mediante el uso de anestésico local, oxido nitroso o variadas técnicas de manejo del paciente (estas técnicas se explican al reverso de esta página). Entendemos que el uso de estas técnicas es seguro y efectivo en el tratamiento de su hijo.

Muchos adultos sienten temor al dentista y como resultado, posponen o retrasan el tratamiento dental necesario causándose serios problemas dentales. Una de nuestras metas es enseñarle al niño por ejemplo que las visitas regulares al dentista de forma preventiva tienen resultados positivos como son: una buena salud oral y dientes y encías saludables. La gran mayoría del tratamiento dental que proveemos a los niños (sellantes dentales y restauraciones) están diseñados para prevenir futuros procedimientos dentales complicados o costosos. Nuestra meta es la educación dental de los niños y establecer un nivel de confianza y seguridad en los procedimientos dentales creados para ayudar a mantener una buena higiene oral. Sabemos que como resultado de nuestros esfuerzos un número menor de niños crecerá temiendo al dentista. Ganarse la confianza y respeto de nuestros pacientes y de sus padres es esencial para nosotros y reconocemos que esto exige una atención especial de nuestra parte.

Es nuestra meta asegurarnos de que cada niño tenga una experiencia dental positiva. Entendemos que cada niño es único y reacciona a situaciones nuevas de forma diferente; es por esto que ganar la atención absoluta del niño es el primer paso hacia una experiencia dental positiva. Muchos niños no sienten temor al tratamiento dental. Otros pueden sentir un poco de incertidumbre y temor y nosotros, en Kool Smiles, entendemos y creemos que la presencia de los padres o encargados puede impactar de forma positiva o negativa la habilidad del niño de brindar toda su atención durante el tratamiento.

En Molar Magic, animamos a los padres a acompañar a sus hijos en el área de tratamiento. En algunos pacientes la presencia del padre o guardián ayuda a proveer tratamiento dental. En otros casos, la presencia de los padres en el área de tratamiento dental puede causar que el niño actúe de forma distraída, que pierda confianza en si mismo, que no preste atención o no se adhiera a las directrices brindadas por el personal clínico y que pierda el interés en desarrollar una relación de confianza con el dentista que este proveyendo el tratamiento. Estas formas de comportamiento no solo interfieren con el tratamiento dental sino que también pueden poner en riesgo al niño y al personal clínico. La gerente de la oficina junto al dentista y los padres/guardianes del niño trabajaran juntos para identificar una solución que resulte en el beneficio del niño. Después de todo, en Kool Smiles, entendemos que cada niño tiene el derecho a recibir una experiencia dental positiva y trabajando junto con los padres o guardianes de los niños lograremos que sus hijos reconozcan en Molar Magic un lugar seguro y amistoso que se preocupa por su bienestar dental.

GUIA DE TECNICAS PARA PACIENTES DENTALES PEDIATRICOS

Nuestras oficinas dentales se esmeran en proveer un cuidado profesional y de alta calidad a cada uno de nuestros pacientes. En algunas ocasiones nuestra capacidad de proveer el cuidado dental necesario puede ser interferida por la ansiedad o el nerviosismo del niño. Utilizando la simpatía, la persuasión, el humor, ternura y entendimiento nos esforzamos por ganar la cooperación y confianza del niño.

Las siguientes técnicas pueden ser utilizadas para animar al niño a cooperar con el tratamiento:

1. **Explicar-Demostrar-Realizar:** El dentista o asistente dental explica al niño el tratamiento a realizarse mediante el uso de palabras sencillas y fáciles de entender y muestra como realizara el tratamiento dental. Esto se logra utilizando los instrumentos dentales en un modelo dental, en el niño o en el dedo del dentista. Luego de la demostración, el tratamiento se realiza en la boca del niño según fue descrito. Se utilizan palabras de encomio para lograr que el niño mantenga una actitud cooperadora.
2. **Estimulación Positiva:** En esta técnica se recompensa al niño que demuestra un comportamiento deseable. Las recompensas incluyen elogios, halagos, una palmadita en la espalda, un abrazo o un premio.
3. **Cambios en el tono de la voz:** Con esta técnica el dentista mantiene la atención del niño distraído mediante cambios en el tono de la voz. La conversación puede ser variada pero siempre incluirá mandatos claros y adecuados que proveen al niño dirección y encomio.
4. **Inmovilización del paciente por el dentista:** El dentista previene el movimiento del niño al sujetar cuidadosamente las manos, la parte superior del cuerpo o la cabeza posicionando al niño de manera tal que limite sus movimientos en la silla dental.
5. **Instrumento Bucal:** Uso de un instrumento de goma o plastico en la boca del niño para prevenir que cierre la boca. Este instrumento ayuda al niño cuando tiene dificultades manteniendo la boca abierta.
6. **Inmovilización del paciente por el Asistente Dental:** El asistente previene el movimiento del niño al sujetar de manera cuidadosa las manos, cabeza o piernas del niño.
7. **Inmovilización Médica/ Tabla de Inmovilización:** Este instrumento de inmovilización ayuda a prevenir movimientos inesperados del niño que pudieran lastimarlo y permite al dentista proveer el tratamiento dental necesario. El niño se coloca cómodamente en la tabla inmovilización pediátrica y esta se coloca en la silla dental.
8. **Oxido Nitroso:** La inhalación del Oxido Nitroso/Oxigeno es una técnica segura y efectiva que reduce la ansiedad e incrementa la comunicación entre el dentista y el niño. Aunque el Oxido Nitroso produce síntomas parecidos a la anestesia; el niño **no esta** inconsciente. Al Oxido Nitroso se le conoce también como Gas de la Risa.

Nota: Si usted tiene preguntas relacionadas con alguna de las técnicas descritas anteriormente, por favor hable inmediatamente con nuestro personal de clínico o dental. Queremos que la experiencia dental de su hijo sea una placentera mientras proveemos el tratamiento dental necesario, teniendo presente la seguridad de su niño y de nuestro personal.

Yo, (padre o encargado) de _____ reconozco que he leído y que entiendo las “Normas de Oficina Relacionadas al Tratamiento del Paciente” localizadas al dorso de esta hoja y que he revisado la “Guía de Técnicas para Pacientes Dentales Pediátricos” y consiento con su uso. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del Padre o Encargado

Relación con el Paciente

Fecha



Molar Magic
General Dentistry and Orthodontic
for Kids and Young Adults

Información familiar (escriba con letra de molde)

| | | | |
|--|----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Apellido del padre o tutor | Inicial del segundo nombre | Nombre del padre o tutor | Correo electrónico |
| Teléfono celular | Teléfono particular | Teléfono de oficina | |
| Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
| Nombre del pariente más cercano (que no viva con usted) | Teléfono del familiar | Número de niños en la familia | |

Enliste a **TODOS** los niños de su familia inmediata (escriba con letra de molde)

| | Apellido del paciente | Inicial del segundo nombre | Nombre del paciente | Fecha de nacimiento del paciente | Aseguradora y número de seguro del paciente |
|-----|-----------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------------|---|
| 1. | | | | / / | |
| 2. | | | | / / | |
| 3. | | | | / / | |
| 4. | | | | / / | |
| 5. | | | | / / | |
| 6. | | | | / / | |
| 7. | | | | / / | |
| 8. | | | | / / | |
| 9. | | | | / / | |
| 10. | | | | / / | |
| 11. | | | | / / | |