  
***Bienvenido a nuestra oficina !***

**Cuéntenos más sobre su hijo.**

**SU HIJO:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_\_

Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento**:** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero Telefonico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado:\_\_\_\_\_\_

Referido Por**:\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electronico**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MADRE O TUTOR ( madre o el tutor):**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: (if different than child’s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State:\_\_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_\_Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PADRE O TUTOR ( PADRE O TUTOR ):**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State:\_\_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_\_Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL PRIMARIO**

Insured’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Social Security # \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insurance Company\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Group#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ins. Co. Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State:\_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_

**DISPOSICIONES FINANCIERAS**

Para su comodidad le ofrecemos las siguientes formas de pago. Por favor marque la opción que prefiera. El pago total se debe en cada cita . **\_\_\_\_Cash \_\_\_\_\_\_Cheque Personal \_\_\_\_\_Visa \_\_\_MasterCard**

Autorizo ​​al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen rendido a mi hijo durante el período de dicha atención a los pagadores de terceros y / u otros profesionales de la salud . Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que el costo total de los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mis dependientes . Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los honorarios incurridos en intentar cobrar estas cuotas

**Firma del Padre o Tutor**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date**\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

NOMBRE DEL PACIENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EN QUE ESTA INTERESADO SU HIJO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES Y EDADES DE LOS HERMANOS?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUEN VIVE CON EL PACIENTE?\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEDIATRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERO TELEFONICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICO** ¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos ? Círculo Sí ( S) o No ( N ) .

Alergias a medicamentos o alimentos:

S N:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reaccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Soplo Cardiaco **S N** Hemofilia, problemas de sangramiento  **S N** Alergias a Latex **S N** Hepatitis **S N** Cancer **S N** Fiebres altas **S N** Convulsiones o epilepsia **S N** Hospitalizaciones **S N** Retraso en el desarollo **S N** VIH+ /SIDA **S N** Diabetes **S N** Problemas de aprendizaje **S N** Infecciones de iodo **S N** Fiebre reumatoide **S N** Minusvalia o descapacidad **S N** Trauma a la care o boca **S N** Defecto cardiac congenital **S N** Tuberculosis (TB) **S N** Asma o problemas pulmonares **S N** Pals Celebral **S N** Transfusion de sangre **S N**  Trastorno de deficit de atencion **S N**   
Autismo **S N** Otros problemas medicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguna reacción desfavorable a medicamentos, antibióticos o anestésicos? **S N**

¿Su hijo está actualmente tomando algún medicamento? **S N** Que tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún suplemento de fluorudo? **S N** De que forma? **Tableta Gota Agua Vitamina**

¿Su hijo tiene algún problema respiratorio? **S N** Respira por la **nariz** o por la **boca**?

**HABITOS**

Por favor marque si su hijo presenta alguno de los siguientes hábitos*:* Succion de los dedos Usa Chupete Come sus unas Ronca Succiona o muerde sus labios Muerde objetos duros Rechina dientes

Su nino actualmente usa biberon? **S N** Cuantas veces durante el dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usa el biberon el la noche? **S N** Que le echa al biberon? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su hijo amamanta actualmente? **S N**

**HISTORIA FAMILIAR DENTAL**

Tiene padre o la madre una gran cantidad de caries ? \_\_ Tiene padre o la madre cuidado de ortodoncia? \_\_\_

¿El padre o la madre tienen enfermedad periodontal ? \_\_\_ ¿El padre o la madre tienen problemas de la mandibula? \_\_\_

**HISTORIA DENTAL DE SU HIJO**¿Su hijo ha visto a un dentista pediátrico antes? Si NoEn caso afirmativo, el mes y el año aproximado de la última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Donde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Su hijo ha tenido alguna experiencia desfavorable en un consultorio dental o médico? Si No

Su hijo tiene algún problema dental actualmente ? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla el niño / hilo dental sus dientes / por día? \_\_\_\_\_\_ Usted ayuda? Si No

¿Cómo cree que su hijo va a actuar hacia el dentista? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propósito de la visita al dentista de hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Guardian’s Initials\_\_\_\_\_\_**

****

**Solicitud y Consentimiento para el Tratamiento Dental**

Por favor, lea cuidadosamente este formulario . Si no entiende algo a su satisfacción , por favor, hacer preguntas . Estaremos encantados de explicarlo.

1. Solicito y autorizo ​​el tratamiento dental por el Dr. Jorge Landa y el personal.

Nombre Del Paciente:

1. Yo soy el tutor legal del niño mencionado anteriormente. (**Initials**)
2. Pedir asimismo y autorizar la toma de radiografías dentales , limpiezas dentales necesarios , aplicación de gel de flúorudo , y el uso de los anestésicos que se consideren necesarios para el tratamiento de necesidad dental de mi hijo ( s ) .
3. Me han explicado el Dr. Landa y el personal , y he tenido suficiente oportunidad de discutir la condición / problema dental del paciente ( s ) , los procedimientos y tratamientos planificados , y los beneficios que se pueden esperar razonablemente de este plan de tratamiento , en comparación con enfoques alternativos y / o ningún tratamiento.
4. Es raro que alguno de los siguientes riesgos o complicaciones que ocurren . Estos riesgos o complicaciones incluyen, pero no se limitan a , la posibilidad de dolor o molestias durante el tratamiento , inflamación, infección, hemorragia , lesión a los dientes adyacentes y el tejido circundante , el desarrollo de un trastorno de la articulación temporomandibular , entumecimiento temporal o permanente, y reacciones alérgicas .
5. Entiendo que durante el curso del tratamiento dental del paciente , algo inesperado puede surgir que amerite procedimientos adicionales o diferentes de los que figuran en el plan de tratamiento del paciente y que voy a ser consultados antes de la iniciación de los procedimientos de tratamiento no mencionados . Soy consciente de que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías yo referente a los resultados del tratamiento dental que el paciente recibe en nuestra oficina.
6. Entiendo que es el objetivo de esta oficina dental para realizar el tratamiento dental por el uso de la calidez , la amabilidad , la persuasión , humor, encanto, dulzura y la bondad y comprensión. Entiendo que el tratamiento para los niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento , ayudándoles a entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. Comportamiento se guiará mediante elogios , explicación y demostración de los procedimientos e instrumentos , utilizando el tono de voz variable y sonoridad.
7. Entiendo que si el paciente no coopera convertido durante procedimientos dentales con el movimiento de la cabeza, los brazos y / o piernas , el tratamiento dental no se puede proporcionar de forma segura. Durante este tipo de comportamiento perturbador, puede ser necesario para el asistente ( s ) y o médico que se toman de la mano del paciente , estabilizar la cabeza y / o control de movimientos de las piernas por su seguridad. También entiendo el uso rutinario de "almohadas de dientes " ( propas bocales) que sean necesarias para asegurarse de que un niño no se cierra accidentalmente sus dientes mientras que un instrumento está en su boca que podría hacerles daño. También entiendo que los apoyos de la boca a veces son necesarias si un niño se niega a abrir la boca .

1. Entiendo que no es una respuesta común que los niños lloren antes o durante el tratamiento dental o directamente después, cuando ven a su padre . Entiendo que la única manera que puedo garantizar que mi hijo no va a llorar o ser infeliz durante el tratamiento dental es si elijo a haber completado su tratamiento en la sala de operaciones bajo anestesia general. También sedacion consciente o sedación inconciente es una opción para algunos niños.
2. Además, entiendo que si el paciente no coopera durante procedimientos dentales o sedación de emergencia con movimientos corporales excesivos , es posible que el paciente para ser envuelto en una "manta abrazo " llamado pediwrap para evitar lesiones y permitir Dr. Landa para proporcionar seguridad el tratamiento necesario . (Voy a ser consultado antes de la utilización de la pediwrap)

1. Con el fin de avanzar en la educación médica dental, doy permiso para el uso de fotografías clínicas del paciente con fines diagnósticos , científicos, educativos o de investigación.
2. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y doy mi consentimiento para el tratamiento y procedimientos prescritos para el paciente en el plan de tratamiento.
3. Entiendo que puedo revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento y que se iniciará ninguna acción basada en este consentimiento, excepto en la medida en que el tratamiento y los procedimientos que ya se han realizado o iniciado.
4. Confirmo que soy un tutor legal para el niño que se publique en la página opuesta. También confirmo que he leído y entendido este formulario o me lo lea a mí, y que todos los espacios en blanco se rellenaron y todos los párrafos inaplicables , en su caso , estaban afectadas antes de firmar a continuación.

**X**

Firma de la persona consintiendo al tratamiento Date

Signature of Doctor Date

Witness Certification Date

****

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he recibido una copia de los avisos de practicas de privacidad. (Nombre de Padre/ Tutor)

{Firma}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{Fecha} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Correo Electronico}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de la Oficina Solamente

Se intentó obtener reconicimiento de nuestros Aviso de Prácticas de Privacidad , pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a que:

 La persona se nego a firmar

 Barreras en comunicacion prohibieron obtener reconocimiento

 Una situacion de emergencia nos impidio obtener reconocimiento;

 Otro (Porfavor Especifique)

****

**Poliza de Cita Perdida**

**Es nuestro deseo que todos y cada uno de nuestros pacientes reciban la mejor atención y servicio posible. Las citas son oportunidades para prestar atención a todos nuestros pacientes . Su plan de tratamiento consiste en una serie específica de citas que se administran en un período de tiempo planificada . Es importante que siga este plan para la salud óptima y los resultados deseados . Insistimos que usted cumple con todas sus citas, estaríamos haciendo deservicio a usted . Por lo tanto tenemos algunas pautas sencillas de la cancelación de una cita:**

**1. Mantenga todas las citas programadas . Organizar actividades de lo que esto puede asistir.**

**2. Si usted no puede llegar a una cita debido a una emergencia , por favor llámenos y háganos saber para que podamos reprogramar la cita.**

**3. Con la excepción de emergencias inesperadas, requerimos que nos notifique al menos 24 horas de anticipacion sobre cualquier cambio de la cita. Citas perdidas pueden estar sujetos a una tarifa de $ 25.**

**4. Todas las citas canceladas o perdidas deben ser reprogramados . La presentación de más de 10 minutos tarde a una cita confirmada = una cita perdida . No se permiten walk-ins.**

**5. La falta de dar aviso de 24 horas de una cita perdida en dos ocasiones dará lugar a la inactivación de nuestra lista de pacientes sin derecho a futuras citas .**

**CUALQUIER CITA QUE NO ESTÁ CONFIRMADA através de llamada telefónica o correo electrónico 24 horas antes , está sujeta a cancelación POR PDK . POR FAVOR CONFIRMAR SU CITA 24 HORAS ANTES .**

**Gracias!**

*He leido y entendido la poliza.*

Firma y nombre del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

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