

Economy Dentistry

General Dentistry for Children

HISTORIA DE SALUD Y REGISTRO

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Sexo: M H Cumpleaños _____ Años _____

SS# _____ El día de hoy _____

Si El Paciente es menor de edad, nombre de el padre o tutor _____

¿Cómo se entero de nuestra oficina? _____ Razón de esta visita _____

Idioma _____ Ingles ___ Espanol ___ Frances ___ Aleman ___ Otro ___ Ethnicidad: Hispano ___ Latino ___ No Hispano ___ No Declarada ___

La Familia: Asiática ___ Nativo American ___ Hawaiian ___ Negro/Afroamericano ___ otra de las islas ___

Información del responsable del paciente

Nombre: Apellido _____ Nombre de pila _____

Inicial del segundo nombre _____ Casado ___ Soltero ___ Masculino ___ Hembra ___

Dirección: Calle: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Trabajo _____ Teléfono móvil _____

Correo Electrónico _____ Fecha de nacimiento _____

de conducir # _____

Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Años empleado _____

Cónyuge responsable de la parte

Contacto de emergencia (que no viva con usted)

Nombre: _____

Empleador _____

Ocupación _____ Años empleado _____

SS# _____

Teléfono de trabajo _____

Cumpleaños _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Dirección: Calle: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información de seguro dental (Portador primario)

Información de seguro dental (Portador primario)

Nombre del Asegurado _____

Seguro Co _____

Seguro Co. Dirección _____

Empleador del Asegurado _____

Asegurado SS# _____

Nombre del Asegurado _____

Seguro Co _____

Seguro Co. Dirección _____

Empleador del Asegurado _____

Asegurado SS# _____

Autorización

Asignación de Beneficios:

Por la presente autorizo Economía Odontología para liberar cualquier información médica u otra información necesaria para procesar las reclamaciones por servicios efectuados bajo su cuidado . Asigno el pago directo al médico de todos los pagos realizados en virtud de los términos y disposiciones de mi política . Además, entiendo que cualquier disputa sobre la cobertura son entre mi compañía de seguros y yo y seré responsable por el pago de servicios denegados sin importar el resultado de mi controversia . Reconozco la responsabilidad financiera de todos los cargos si la información inexacta de seguro se da en el momento del servicio y la información no se corrige antes de su límite de presentación oportuna de mi compañía de seguros . Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original " .

Firma (Partido del paciente o responsable) _____ Fecha _____

Historial de la paciente dental

Es importante que sepamos acerca de su historial médico y dental. Estos hechos tienen un impacto directo en su salud dental. Esta información es estrictamente confidencial y no será revelada a nadie. Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario.
 Fecha de la última visita al dentista? _____

Última limpieza dental? _____ Últimos rayos x dental de boca? _____

Lo que se hizo en su última visita al dentista?

¿Está interesado en mejorar la apariencia de sus dientes? Si ___ No___ ¿Quieres una sonrisa más blanca? Si___ No___ Es el bocado cómodo? Si ___No___

Es el bocado cómodo? Si ___ No___ ¿Cuan a menudo te cepillas los dientes? _____

¿Con qué frecuencia usas el hilo dental? _____ ¿Qué otras ayudas dentales se utilizan? (Interplak, palillo de dientes, etc.)

¿Tiene problemas dentales ahora? Si No En caso afirmativo, describa:

Si	No

¿Alguno de sus dientes sensibles a

¿Caliente o frío?

¿Dulces?

¿Morder o masticar?

¿Ha notado algún olor o mal sabor en la boca?

¿Con frecuencia se presentan úlceras bucales, ampollas o cualquier otras lesiones orales?

Si	No

¿Sus encías sangran o le duelen?

¿Ha notado algún diente flojo o el cambio en la mordida?

¿Han experimentado sus padres enfermedad de las encías o la pérdida de dientes?

¿Su comida tienden a quedar atrapados entre los dientes ? ¿sí, donde?

Si	No

¿Usted?

¿Aprietan o rechinan los dientes mientras despierto o dormido?

¿los labios o las mejillas con regularidad

¿Respiras por la boca mientras duerme o despierto?

¿Tienen mandíbulas cansadas , especialmente por la mañana?

¿fumas o masticas tabaco ?

¿Sostienes objetos extraños con los dientes? (Pluma , tubería , alfileres, clavos, uñas)

Historial de la paciente dental contiuado...

Si	No	¿Alguna vez has tenido:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tratamiento de ortodoncia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cirugía Oral?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El tratamiento periodontal?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su dientes suelo o la picadura ajustados?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Una placa de mordida o protector de la noche? En caso afirmativo , describa , incluyendo causa

Si	No	¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le gustaría mantener todos sus dientes toda su
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente nervioso por tener un tratamiento dental?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido una experiencia dental molesto ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo , describa:

Si	No	¿Ha experimentado:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Al hacer clic o chasquidos en la mandíbula ? Si
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor (articulación , oído, lado de la cara)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dificultad para abrir o cerrar la boca?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza, dolores de cuello o dolor de hombro?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los músculos (cuello, hombros, espalda)? Mordedura

Por favor describa cualquier otra información pertinente, síntoma, trastorno, etc., no cubiertas previamente

Historia clinica del paciente

¿Ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? SI__ NO __ En caso afirmativo, ¿para qué? _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ ¿Está tomando medicación, drogas o pastillas ahora? SI __NO__

En caso afirmativo, indique el nombre y la dosis _____

¿Es usted consciente de tener una reacción alérgica (o adverso) a cualquier medicamento o sustancia? SI NO En caso afirmativo, indique _____

¿Ha sido un paciente en el hospital durante los últimos cinco años? SI __NO__ En caso afirmativo, describa _____

Indicar cuál de las siguientes usted ha tenido o tiene en la actualidad . Marque "Sí " o "NO " en cada artículo.

Si o No

- CORAZÓN (cirugía , enfermedad , ataque)
- DOLOR DE PECHO
- CARDIOPATÍA CONGÉNITA
- EL SOPLO CARDIACO
- ALTA PRESION SANGUINEA
- Válvula cardiaca artificial

Si o No

- PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL
- MARCAPASOS
- FIEBRE REUMÁTICA
- ARTRITIS / REUMATISMO
- MEDICINA CORTISONA
- TOBILLOS HINCHADOS
- INFARTO
- DIETA (especial / restringido)
- Las articulaciones artificiales (cadera, rodilla , etc.)

Historia clinica del paciente continuado

Si o No

- PROBELAMS RENALES
- ÚLCERAS
- LOS PROBLEMAS DE TIROIDES
- GLAUCOMA
- LENTES DE CONTACTO
- ENFISEMA
- TOS CRÓNICA
- TUBERCULOSIS
- ASMA
- FIEBRE DE HENO
- SENSIBILIDAD AL LATEX
- ALERGIAS O URTICACARIA

Si o No

- SINUSITIS
- TERAPIA DE RADIACIÓN
- QUIMIOTERAPIA
- TUMORES
- HEPATITIS A (Infecciosa) B (suero)
- ENFERMEDAD VENÉREA
- SIDA
- H.I.V. POSITIVO
- EL HERPES LABIAL/AMPOLLAS DE FIEBRE
- TRANSFUSIÓN DE SANGRE
- HEMOFILIA
- ENFERMEDAD DE CÉLULA FALCIFORME

Si o No

- FÁCILMENTE ABOLLADO
- ENFERMEDAD DEL HIGADO
- ICTERCIA
- DESÓRDENES NEUROLÓGICOS
- EPILEPSIA O CONVULSIONES
- DESMAYOS O MAREOS
- NERVIOSO / PREOCUPADOS
- LA ATENCION PSIQUIATRICA/ PSICOLOGICO
- O TOMAR FOSOMAX BISFOSFONATO MEDICAMENTOS

¿Cómo se utiliza más de dos almohadas para dormir ? SI __ NO __ ¿Ha ganado o perdido más de 10 libras en el último año ? SI __ NO __

¿Tiene algún problema de salud mental? SI __ NO __ En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad , condición o problema no aparece ? SI __ NO __

En caso afirmativo, describa : _____

Mujeres - ¿Es usted: embarazada? Sí, ____ Meses ¿Amamantando? SI __ NO __ ¿Tomar píldoras anticonceptivas ? SI __ NO __

Entiendo la información anterior es necesario proveer de mí el cuidado dental de una manera segura y eficiente . He contestado todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento . se necesita información debe avanzar , tienes mi permiso para pedir al proveedor de atención médica respectiva o del organismo, que pueden liberar dicha información a usted. Voy a notificar al médico de cualquier cambio en mi salud o la medicación .

Paciente/Guardián Firma _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Fecha _____

Economy Dentistry

General Dentistry for Children

Autorización para el cuidador

Yo, _____, el padre / tutor de _____, estoy dando permiso para que _____ llevar al niño antes mencionado a sus citas con el dentista. También autorizo Economía Odontología para discutir la información médica de mi hijo y el tratamiento dental necesario con la persona nombrada abajo. Yo también estoy dando el llamado permiso de las personas a dar su consentimiento para el trabajo dental necesario del niño.

Persona autorizada _____

Persona autorizada _____

Persona autorizada _____

Persona autorizada _____

Persona autorizada _____

Firma del Padre / Tutor _____

Teléfono celular Política de Uso

La privacidad del paciente es muy importante para la economía Odontología. En un esfuerzo por mantener el derecho de cada paciente a la privacidad, le pedimos que no usa sus teléfonos celulares mientras que en los consultorios. Esta restricción incluye el uso en forma de grabar en video, así como la toma de fotografías.

He leído la Política de Uso del teléfono celular

Política de uno de los padres

Los padres / tutor:

Nos animamos a tener una participación activa en la salud dental de su hijo y la bienvenida a su presencia en la operatoria durante sus visitas. Sin embargo, debido al espacio limitado, la seguridad y la privacidad de todos los pacientes, sólo podemos permitir que uno de los padres / tutores a estar presentes en la operatoria. Si los niños tienen múltiples citas, sólo el niño que ha sido llamado de nuevo para estar sentado en una operatoria puede llegar a la para estar sentado en una operatoria puede llegar a la parte posterior.

He leído la política de un solo padre / tutor

Padre / tutor Firma: _____ Fecha: _____

Cuestionario

Nosotros, en Economía Odontología, agradecería mucho si pudiera tomarse un tiempo para revisar y completar este cuestionario para nuestra oficina.

Nombre: _____ Sexo: M o H Años: _____ Ciudad de residencia: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____

¿Qué estación de radio te gusta escuchar más a menudo? _____

¿Qué canal de televisión ve usted con más frecuencia? _____

¿Cómo te enteraste de nuestra oficina? Estaciones de TV de Internet Presentación folleto Event Otros: _____

Ha encontrado que es facil ponerse en contacto con nuestra oficina para hacer su cita? Si__ or No__

Economy Dentistry

General Dentistry for Children

Políticas de citas

Las citas Prime Time:

Después de las citas de la escuela, citas los sábados, y citas de vacaciones escolares se considera que son "las citas de máxima audiencia" y están en demanda muy alta. Si una cita hora de máxima audiencia se pierde ya no se podrá programar su hijo en ese momento o durante estos intervalos de tiempo

Tardanza:

Los pacientes deben llegar a tiempo a sus citas. Economy Dentistry reserva el derecho a negarse a ver a un paciente más allá de su hora de la cita. Volviendo pacientes atendidos en el último año deben llegar 15 minutos antes de su cita programada. Los nuevos pacientes deben llegar 30 minutos antes de su cita programada.

Citas cancelados o rotas:

Economía Odontología mantiene una estricta no-espectáculo y la política de cancelación. Los pacientes que no presentarse o cancelar su cita dentro de o menos de 24 horas antes de la cita, es posible impedir que la programación de citas futuras.

El resto de la familia está en riesgo una vez que un niño se pierde una cita. Nos reservamos el derecho de cancelar citas para los miembros de la familia que tienen las próximas citas.

¿Qué es una cita Rota?

Una cita se rompe si:

- El paciente no llega a su cita programada
- El paciente tiene más de 15 minutos tarde a la cita
- El paciente cancela sin dar un aviso de 24 horas

¿Qué pasa si se rompe su cita?

Un paciente que rompe una cita no será capaz de volver a programar una cita regular durante un período de tres meses.

El paciente es elegible para el cuidado de emergencia solamente durante este tiempo. Esta política se aplica a todos los pacientes sin importar la edad del paciente o el tipo de nombramiento que se ha roto. Nos reservamos el derecho de alta a los pacientes que hayan cancelado una cita Prime Time o 3 citas estándar sin la debida notificación.

Padre / tutor Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, llámenos al número gratuito 1.855.974.5437 tan pronto como sea posible si algo inesperado sucede a lo que le mantendrá de lo que es a su cita. Puede dejar un mensaje en el contestador automático las 24 horas del día. Si no tenemos noticias de que al menos un día completo antes de su cita, la cita se considera una cita rota.

Economy Dentistry

General Dentistry for Children

Aviso de óxido nitroso

Es nuestro objetivo como empresa para proporcionar a su hijo (s) con el mejor cuidado posible. Una de las técnicas de nuestra oficina utiliza para trabajar en pro de este objetivo es el uso de gas hilarante (óxido nitroso) mientras que proporciona trabajo de restauración y extracciones. El óxido nitroso es un gas incoloro de olor, dulce que se utiliza como un anestésico suave en la mayoría de las instalaciones dentales y, en general ayuda a que el paciente se relaje y mantener la calma mientras reciben el tratamiento necesario. Sin embargo, algunas compañías de seguros han decidido no cubrir la cuota por el uso de gas de la risa (óxido nitroso). Si su hijo está asegurado por una de las compañías que ya no cubre este servicio, usted como padre / tutor será responsable de una cuota de \$ 75 por visita si autoriza el uso de gas hilarante o si el médico le indique que es necesario. Nos gustaría pedir disculpas por cualquier inconveniente que esto pueda causar. Le damos las gracias por confiar Economía Odontología para cuidar a su hijo (s) y esperamos a proporcionar el mejor.

Yo, _____ como el padre / tutor del
_____, entiendo que seré responsable de una cuota de \$ 75.00 cada vez gas hilarante (óxido nitroso) se utiliza en el tratamiento de mi hijo, si ya no está cubierto por su seguro.

Tutor _____ Fecha de firma _____

Economy Dentistry

General Dentistry for Children

Consentimiento Informado

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Doy permiso para Economía Odontología para realizar los siguientes procedimientos iniciales sobre mi hijo:

Por favor, ponga sus iniciales al lado de todo lo que usted autoriza durante el primer examen de su hijo:

- La profilaxis (limpieza dental)
 tratamiento de fluoro
 un examen
 Selladores
 Intraorales / fotografías orales adicionales
 radiographs (rayos X), recomendada por el dentista

Entiendo que la negativa de cualquier procedimiento anterior podría dar lugar a un diagnóstico incompleto o tratamiento de mi hijo.

Padre / Tutor Legal

Fecha

Firma del testigo

LA SIGUIENTE ES UNA LISTA DE TRATAMIENTO (S) RECOMENDADO Y UN LISTADO DE LOS RIESGOS COMUNES O COMPLICACIONES ASOCIADAS asociados con tales TRATAMIENTO (S). PIDE POR FAVOR ANTES DE CUALQUIER FIRMAR ESTE FORMULARIO.

Su firma en este formulario indica que entiende la naturaleza del tratamiento propuesto, los riesgos y las alternativas a dicho tratamiento y las consecuencias de no someterse a un tratamiento. USTED TAMBIÉN INDICA QUE TODAS SUS preguntas han sido contestadas a su satisfacción y QUE USTED CREE QUE SEA MEJOR EN INTERÉS DE SU HIJO PARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO PROPUESTO. TENGA EN CUENTA QUE NO ES POSIBLE PREDECIR O GARANTIZAR LOS RESULTADOS DE CUALQUIER TRATAMIENTO (S). El tratamiento propuesto en realidad puede variar debido a la ACTUAL ESTADO DENTAL DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE TRATAMIENTO.

Tratamiento propuesto: Resina sellador "plástico", la restauración de resina compuesta (relleno del color del diente), tapas de pasta (cubierta medicado de pulpa / nervio expuesto debido a caries profunda) pulpotomía (eliminación parcial del nervio del diente), pulpotomía (extirpación total de nervio del diente), corona de acero inoxidable.

Beneficios y tratamientos alternativos: Eliminación de la decadencia y la restauración o quitar los dientes o la colocación de mantenedores de espacio permite a la salud oral de su hijo se convierta en óptimo. Esto permite una mejor masticación (masticación), el habla y la salud en general. También ayuda a los dientes permanentes en erupción en una posición más favorable. Pulpotomías y rellenos / coronas de acero inoxidable tienen como objetivo mantener los dientes de su hijo hasta que su pérdida natural. Las alternativas incluyen la observación de la decadencia (no hacer nada, aunque esto puede permitir que la decadencia de continuar y posiblemente conducir a la infección y / o pérdida de espacio / extracción), la extracción del diente cariado y la colocación de un mantenedor de espacio, si se lo recomienda. Todas las alternativas requieren compromisos que puedan afectar la salud dental y médico general de su hijo.

Economy Dentistry

General Dentistry for Children

Consentimiento Informado continuado

Riesgos comunes: Los riesgos más comunes incluyen pero no se limitan a: la alergia a la anestesia local o los materiales de restauración utilizados (aunque tales alergias son poco frecuentes), mordiendo las mejillas, los labios o la lengua cuando entumecido, la alergia al látex utilizado en guantes dentales y caucho presa, infección (ya sea antes o después de la eliminación de la caries y la restauración del diente con un empaste o una pulpotomía y llenado corona de acero / acero), futura desintegración / fracaso del tratamiento, la pérdida de dientes, parestesia (adormecimiento parcial o total, con una duración de unos pocos días hasta un entumecimiento permanente), sensibilidad a la temperatura, y / o la pérdida de espacio. Ortodoncia consultar y puede ser necesario el tratamiento antes o después del tratamiento.

Las consecuencias de no realizar el tratamiento: Las consecuencias más comunes de no realizar el tratamiento son que el proceso de descomposición continuará y más dientes se verá afectada. Decadencia profunda puede causar infección y pérdida de dientes prematuro subsiguiente. Dientes convertido en tamaño reducido, que pueden causar la pérdida de espacio que requiere el tratamiento de ortodoncia decaído.

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 la alabanza, explicación y demostración de los procedimientos e instrumentos, con el tono de voz variable y sonoridad. Entiendo que si el paciente no coopera convertido durante los procedimientos dentales con el movimiento de la cabeza, brazos y / o piernas, el tratamiento dental no se puede proporcionar de forma segura. Durante tal comportamiento disruptivo, puede ser necesario para el asistente (s) para mantener la mano del paciente, a estabilizar los movimientos de las piernas de la cabeza y / o de control. Además, entiendo que si el paciente no coopera convertido durante procedimientos dentales, relleno temporal se puede colocar y su niño puede ser referido a un dentista pediátrico para la continuación de la atención.

Con el propósito de avanzar en la educación médica dental, doy permiso para el uso de fotografías clínicas del paciente con fines diagnósticos y de educación, así como la colaboración de la atención con especialistas de referencia.

Se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que la condición dental de su niño es tratado adecuadamente, aunque no es posible garantizar un resultado perfecto. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido la información adecuada sobre las propuestas de tratamiento, beneficios, alternativas y riesgos del procedimiento (s) y las consecuencias de no realizar el procedimiento (s), que usted entienda esta información y que todas sus preguntas tienen sido respondidas en su totalidad.

Tratamiento propuesto (por favor, consulte la página plan de tratamiento):

- Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto, como se describe anteriormente.**
- Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto, como se describe anteriormente. He sido informado de las posibles consecuencias de mi decisión de rechazar el tratamiento.**

Del paciente Nombre

Fecha

Padre / Tutor Legal Firma

Fecha

Del dentista Firma

Fecha