

MEDICAL HEALTH HISTORY

Nombre del paciente _____

Persona Responsable _____ Empleo del Padre/madre _____

Domicilio del paciente _____ Domicilio del Empleo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Seguro Social _____

Teléfono _____ Trabajo _____ A seguridad Dental _____

Numero de celular _____ # de A seguridad _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento del Padre/Madre: _____ # de póliza _____

Sexo: F _____ M _____ Plan de Ahcccs _____ ID _____

Recomendado a nuestra oficina por: _____

DOCTOR NOTES

1: ¿Está usted en el cuidado de un medico? _____	Si	No	-IMPORTANTE-
# De Teléfono _____ porque _____			
2: ¿Cuándo fue su último examen físico completo? _____			
3: ¿Está usted tomando medicina? _____	Si	No	
4: ¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento o sustancia? _____	Si	No	
5: ¿Tiene usted problemas con penicilina, antibióticos, anestesia local (novocaínas)? _____	Si	No	
O algún otro medicamento? _____	Si	No	
6: ¿Es usted sensitivo(a) a metales o hules? _____	Si	No	
7: ¿Está usted embarazada o sospecha que puede estar encinta? _____	Si	No	
8: ¿Toma usted medicinas anticonceptivas? _____	Si	No	
9: ¿A sido tratado o le han dicho que está enfermo(a) del corazón? _____	Si	No	
10: ¿Tiene usted un marcapasos o un implante de válvula artificial del corazón? _____	Si	No	
11: ¿A tenido alguna vez fiebre reumática? _____	Si	No	
12: ¿Sabe usted si tiene murmullos del corazón? _____	Si	No	-IMPORTANTE -
13: ¿Tiene usted alta o baja presión? _____	Si	No	
14: ¿A tenido usted alguna vez una enfermedad seria o cirugía mayor? _____	Si	No	
15: ¿A tenido convulsiones? _____	Si	No	
16: ¿A tenido tratamiento de radiación o quimioterapia para un tumor? _____	Si	No	
17: ¿Tiene usted malestar, dolor o ruido de su mandíbula? _____	Si	No	
18: ¿Tiene usted enfermedades inflamatorias como artrítico reumáticas? _____	Si	No	
19: ¿Tiene usted articulaciones artificiales o prótesis? _____	Si	No	
20: ¿Tiene desordenes de la sangre, como anemia, leucemia o hemofilia? _____	Si	No	
21: ¿A sangrado usted excesivamente después de una cortada o herida? _____	Si	No	
22: ¿A recibido usted una transfusión de sangre? _____	Si	No	
23: ¿Tiene usted problemas de estomago, riñones o del hígado? _____	Si	No	
24: ¿Es usted diabético? _____	Si	No	
25: ¿Tiene usted asthma? _____	Si	No	
26: Es usted positivo(a) de VIH? _____	Si	No	
27: Tiene usted SIDA? _____	Si	No	
28: ¿Tiene o ha resultado positivo(a) al Hepatitis? _____	Si	No	
29: ¿Tiene tuberculosis? _____	Si	No	
30: ¿Mastica, fuma o usa cualquier forma de tabaco? _____	Si	No	
31: ¿Consume usted bebidas alcohólicas? _____	Si	No	
32: ¿Hay alguna otra cosa que debemos saber acerca de su salud? _____	Si	No	

Yo autorizo tratamiento y uso de oxido nitroso, anestesia, sedativos y otros medicamentos necesarios para el tratamiento dental. Es requerido que los padres o guardianes permanezcan en la sala de espera durante el tratamiento de su niño

Firma de (Padre o Madre) _____ Fecha _____ Revisado por _____

Anote cualquier cambio desde la última historia médica

Muy frecuente los padres preguntan porque no pueden permanecer con sus hijos durante el procedimiento dental. Para que usted pueda entender un poco mejor, le damos estas cinco razones:

1. El comportamiento del niño es más controlable sin la presencia de los padres.
2. Un niño que esta sedado requiere la atención completa del Doctor y los asistentes. Si hay personas en el cuarto pueden distraer al paciente y al Doctor.
3. Si están los padres en el cuarto, muchas veces hacen más despacio el tratamiento con las preguntas, preocupaciones, y sugerencias. Debido a algunos procedimientos, muchas personas llegan a vomitar o a desmallarse por lo que ven.
4. El niño debe saber que el doctor es una figura autoritaria. Cuando hay otros adultos o padres en el cuarto, no le hacen caso al doctor y a los asistentes.
5. Los cuartos son chicos y contienen equipos muy sensibles y costosos.

Somos unas clínicas dedicadas a la calidad del tratamiento de los niños. La misión de nuestra clínica es cuidar a cada niño como si fuera el nuestro. Este seguro que su niño será cuidado como tal.

Seguimos el mismo procedimiento en todos los casos no importa el nivel de sedación. No hay ninguna excepción.

Gracias por entendernos.

Trabajadores de "Wild West Children's Dentistry"

Su firma significa que usted ha leído y entendido la póliza mencionada arriba.

Firma

Fecha

Nombre del paciente _____

**WILD WEST CHILDREN'S DENTISTRY
9515 W. CAMELBACK RD. STE.140
PHOENIX, AZ 85037**

Nuevos Pacientes:

Bienvenidos a nuestra práctica. Nuestro propósito primario es servirle y su familia y proveer su salud dental necesaria de manera considerada y que cuidadosa. Para su protección esta oficina utiliza el equipo más moderno, las técnicas más ultimas, seguimos pautas de OSHA en la tecnología avanzada de la esterilización para la protección del paciente y el personal.

Consentimiento Para Los Servicios

Como condición de su tratamiento por esta oficina, las medidas financieras se deben tomar por adelantado. La práctica depende del pago de los pacientes para los costes incurridos en su cuidado. La responsabilidad financiera de parte de cada paciente se debe determinar antes del tratamiento. Se preforman todos los servicios dentales de la emergencia, y cualquier servicio dental se realiza sin arrigió financieros anteriores, deben ser pagos al momento de los servicios. Entiendo que la estimación del honorario enumerada para este cuidado dental puede solamente ser extendida por un periodo de seis meses a partir de la fecha de la exanimación paciente.

Autorización Médica y Dental

He leído la información en el cuestionario de la salud y lo he contestado conforme a mi conocimiento. Entiendo que la dentista esta aquí, para ayudar a determinar el tratamiento dental apropiado y provechoso y utilizara la información proporcionada. Si hay algún cambio en mi estado medico, informare al dentista.

Autorización Del Seguro

Si usted tiene seguro dental, procesaremos alegre sus formas, sin embargo, solicitamos que usted pague su porción estimada cuando se rinden los servicios. Recuerde por favor que nuestro contrato para el pago esta con usted y no su portador de seguro. Somos felices de enviar la cuenta su seguro como cortesía a usted, cuando usted ha provisto con la información completa del seguro. Damos un plazo de 45 días a partir de la fecha del servicio para el pago de una compañía de segura. Después de este periodo, es usted responsable del pago de todos los honorarios sin pagar.

Las Citas Canceladas o Faltadas

Reservamos el derecho de cargar \$25.00 para las citas canceladas o faltadas sin 24 horas de comunicación previa.

He leído las condiciones antes expuestas del tratamiento y convengo su consentimiento.

Firma del (Padre o Madre) _____ Fecha: _____

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA
TRATAMIENTO DENTAL PEDIATRICO**

Como profesionales de la salud, es necesario obtener su consentimiento para administrar tratamiento dental/oral a su hijo(a). Por favor lea esta forma cuidadosamente y pregunte preguntas que no estén muy claras o que usted no entiende. Esta forma es para informar le la clase de servicio que da esta oficina que puede cambiar según las necesidades de cada niño.

1: Yo _____ autorizo al doctor y/o sus asociados y asistentes dentales que
(Nombre de los padres/ o Tutor Legal)

Atiendan a mi hijo(a) para los siguientes procedimientos de cirugía dental o oral: Incluyendo el uso de anestesia oral, anestesia intramuscular, sedantes orales o radiografías que pueden ser necesarias para proveer tratamiento dental.

2: En términos generales los procedimientos incluyen:

Por favor marque sus iniciales:

- A. _____ Limpieza dental, aplicación de fluoruro, y radiografías tal y sea necesario.
- B. _____ Aplicación de casquillos, para fracturas dentales.
- C. _____ Restitución de dientes quebrados o rellenos.
- D. _____ Tratamiento de dientes o encías infectadas.
- E. _____ Extracciones de 1 o más dientes.
- F. _____ Uso de "Control de voz" para obtener la atención de el niño(a) con comportamiento negativo
- G. _____ El uso de restricciones físicas para llevar a cabo segura y apropiadamente los procedimientos dentales.
- H. _____ El uso de anestesia local.
- I. _____ El uso de sedantes para controlar el nerviosismo o comportamiento negativo.
- J. _____ El uso de nitroso para reducir la ansiedad.
- K. _____ El uso de sedantes orales e intramusculares para ayudar a controlar el comportamiento a menudo, el uso de estos medicamentos puede conducir a sedado profundo y a la anestesia general y los riesgos asociados con este tipo de anestesia.
- L. _____ Sedado intravenosa o anestesia general. Los riesgos de la anestesia general incluyen, pero no se limitan a: Moretones, náusea, vomito, aspiración, hinchazón, sangrado, infección, mareado, reacción alérgica, para cardíaco, y la muerte. Algunas de estas complicaciones pueden requerir hospitalización. Complicaciones graves son muy raras.

El tratamiento de mi hijo(a), métodos alternativos, al igual que las ventajas y desventajas de cada una se me han sido explicadas. Se me ha aconsejado que aunque los mejores resultados son los esperados, no hay ninguna manera dentro de la razón de anticipar complicaciones. Por lo tanto, no es posible garantizar los resultados o cura del tratamiento.

Aunque la posibilidad que ocurra es remota, se ha sabido de algunos riesgos asociados con los procedimientos dentales. Se nos requiere mencionar los siguientes: sangrando, mareo, infección, daño sistema nervioso, reducción o pérdida de la función de órganos internos y brazos, al lingual que cicatrices desinfección garantas, yo entiendo y acepto que ciertas complicaciones pueden ser fatales y que pueden requerir intervención médica.

IMPORTANTE: DE LE INFORMARA ANTES DE HACER CUALQUIER PROCEDIMIENTO A SU HIJO(A)

(Firma de padres/o Tutor legal)

Fecha
Consentimiento Informado

Testigo

Declaración de Nuestra Misión

Proveer a nuestros pacientes el más

Alto de cuidado, eficiente, y en un Ambiente confortable.

Yo entiendo que la información que yo he dado hoy es correcta a lo máximo de mi conocimiento. También, yo entiendo que es mi responsabilidad de informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi record medico. Yo autorizo al personal dental de ejercer cualquier servicio dental, tal como rayos-x, modelos de estudio, retrato o cualquier otro diagnostico de ayuda considerado apropiado por el doctor de hacer un diagnostico completo. También, yo autorizo al doctor (y a sus empleados para asistencia cuando se aplique) para ejercitar cualquier forma de tratamiento y todos otros tratamientos, medicamento y terapia con mi consentimiento informado en conexión con mi diagnostico y el plan de tratamiento. Aunque yo pudiera tener cobertura de seguro dental, yo entiendo que los servicios dados a mi es mi responsabilidad de pagarlos. Es mi entendimiento que el pago que se debe a la hora del servicio, a menos que otros arreglos financieros se han hecho.

Firma del (Padre o madre/Tutor Legal) _____ Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente _____