

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Es menor de edad?  Si Nombre de Guardian \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Relación al paciente

En Caso de emergencia, ¿a quién podemos notificar? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Relación al paciente

El menor ha tenido historial de, o condición relacionada a, cualquier de lo siguiente:

Anemia	Cáncer	Epilepsia	HIV – Sida	Mononucleosis	Tiroides
Artritis	Parálisis cerebral	Desmayo	Inmunizaciones	Paperas	Uso de tabaco/drogas
Asma	Varicela	Problemas creciendo	Riñones	Embarazo	Tuberculosis
Vejiga	Sinusitis crónica	Problemas para escuchar	Alergia al látex	Fiebre reumática	Enfermedad Venérea
Desorden de sangre	Diabetes	Corazón	Hígado	Convulsiones	Otro:
Huesos/coyunturas	Dolor de oído	Hepatitis	Sarampión	Drepanocitosis	

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Historial del menor:**

1. ¿Está tomando el menor algún medicamento recetado o de venta libre o suplementos vitamínicos en este momento? ..... 1. Si No
  - a. Si afirmativo, favor de listarlos: \_\_\_\_\_
2. ¿El menor tiene alergias a algún medicamento? ..... 2. Si No
3. ¿Tiene el menor alguna otra alergia, como a alimenticios? ..... 3. Si No
4. ¿Cómo describiría los hábitos alimentarios del menor? \_\_\_\_\_
5. ¿El menor ha tenido alguna vez una enfermedad grave? ..... 5. Si No
6. ¿El menor ha sido hospitalizado alguna vez? ..... 6. Si No
7. ¿Tiene el menor antecedentes de alguna otra enfermedad? En caso afirmativo, favor de listarlos: \_\_\_\_\_ 7. Si No
8. ¿El menor ha sido hospitalizado alguna vez? ..... 8. Si No
9. ¿Tiene el menor algún problema heredado? ..... 9. Si No
10. ¿Tiene el menor alguna dificultad para hablar? ..... 10. Si No
11. ¿Alguna vez el menor ha tenido una transfusión de sangre? ..... 11. Si No
12. ¿Está el menor física, mental o emocionalmente impedido? ..... 12. Si No
13. ¿El menor sangra excesivamente cuando se corta? ..... 13. Si No
14. ¿El menor está siendo tratado actualmente por alguna enfermedad? ..... 14. Si No
15. ¿Es la primera visita del menor al dentista? Si no, ¿cuál fue la fecha de la última visita al dentista? Fecha: \_\_\_\_\_ 15. Si No
16. ¿Ha tenido el menor algún problema con tratamiento dental en el pasado? ..... 16. Si No
17. ¿Ha tenido el menor alguna vez exposición de radiografías dentales (rayos x)? ..... 17. Si No
18. ¿Ha sufrido el menor alguna vez el trauma a la boca, la cabeza o los dientes? ..... 18. Si No
19. ¿Ha tenido el menor algún problema con la erupción o caída de dientes? ..... 19. Si No
20. ¿Ha tenido el menor algún tratamiento de ortodoncia? ..... 20. Si No
21. ¿Qué tipo de agua bebe el menor? agua de ciudad agua de pozo agua de botella agua filtrada
22. ¿El menor toma suplementos de flúor? ..... 22. Si No
23. ¿El menor usa pasta de dientes con flúor? ..... 23. Si No
24. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el menor? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se cepillan los dientes? \_\_\_\_\_
25. ¿El menor se chupa el pulgar, los dedos o el chupete? ..... 25. Si No
26. ¿A qué edad dejó el menor de alimentarse con biberón? Años \_\_\_\_ ¿Amamantamiento? Años \_\_\_\_
27. ¿Participa el menor en actividades recreativas activas? ..... 27. Si No

Certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi entera satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tomen o dejen de tomar debido a errores u omisiones que yo pueda haber cometido al completar este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ tutor/ madre o padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

### CERTIFICACION

A lo mejor de mi conocimiento, la información que he proveído en estas formas esta completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Doctor si hay un cambio en mi salud o en la salud del menor.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente a Esha Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagados a mí por servicios realizados. Entiendo que yo soy responsable financieramente por todos los cargos independientemente de los pagos del seguro dental. Autorizo el uso de mi firma para toda sumisión al seguro dental.

La oficina dental nombrada arriba puede utilizar la información de salud del menor/niño(a) y puede revelar esa información a la compañía del seguro dental nombrado arriba y sus agentes por el propósito de obtener pago por los servicios y para determinación de los beneficios. Este consentimiento terminara cuando el plan de tratamiento es completamente realizado o un año de la fecha escrita abajo.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo soy el tutor, madre o padre de \_\_\_\_\_

Y no hay ninguna orden del juzgado en efecto ahora que me prohíba firmar este consentimiento. Por lo presente, pido y autorizo que el personal dental realice los servicios necesarios para el menor indicado arriba, incluyendo, pero no limitado a radiografías, y administración de anestesia para tratamientos cuales el Dentista haya aconsejados que son necesarios.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### ACUERDO FINANCIERO

Reconozco que pagos son debidos al tiempo del tratamiento, a menos que otros acuerdos son hechos. Estoy de acuerdo que padres o tutores son responsable por todos los cargos y servicios realizados para el tratamiento de un menor/niño(a). Acepto responsabilidad financiera en completo por todos los cargos por servicios o artículos entregados o realizados para mí o para el paciente. Entiendo que someter la petición a mi seguro dental no me quita la responsabilidad de los cobros o cargos.

Iniciales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ tutor/ madre o padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Por favor imprima el nombre del paciente/tutor/madre o padre

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

**CONFIRMACION DE RECIBO**

Yo entiendo que bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act del 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos de privacidad en lo que se refiere a la protección de información relacionada a mi salud. Yo entiendo que esta información puede ser utilizada para:

1. Planificar y dirigir tratamiento, al igual para facilitar la comunicación entre proveedores múltiples cuyo involucramiento en mi área de tratamiento sea directo e indirecto.
2. Obtener pago de pagadores de tercero
3. Conducir operaciones de su cuidado de salud, como por ejemplo asesorías de calidad y certificados médicos.

Yo he recibido, leído y entendido su Aviso de Derechos de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa de los usos y el acceso a mi información de salud. También entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su Aviso de Derechos de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización cuando desee para obtener una copia actualizada de su Aviso de Derechos de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan el uso de o el acceso a mi información privada para tratamiento, pago u operación de mi cuidado de salud. También entiendo que ustedes no están en obligación de acudir a mi solicitud a dicha restricción, pero que si están de acuerdo, que entonces deben respetar dichas restricciones.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente (Tutor, Madre o Padre si menor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA COMUNICACION CONFIDENCIAL****Comunicación por escrito:**

- Pido que las comunicaciones por escrito sean mandadas a la dirección que sometí en mi formulario de registración.
- Pido que las comunicaciones por escrito sean mandadas a la siguiente:

Attn: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comunicación Oral:**

- Pido ser contactado(a) al teléfono que sometí en mi formulario de registración.
- Pido que nada más me contacten al siguiente número telefónico \_\_\_\_\_
- Pido que mi salud oral y tratamiento oral sea comunicado SOLAMENTE conmigo.
- Doy permiso a Esha Dental LLC que se comunique con la(s) siguiente(s) persona(s) en respeto de mi tratamiento y salud oral

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente (Tutor, Madre o Padre si Menor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_