

# Bienvenidos a la Oficina de Red Balloon Dentistry for Children

Estamos muy halagados de que haya escogido nuestra clinica para el servicio dental de sus hijos.

Por favor este formulario.

## Informacion del Paciente

Correo electronico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F  
Direccion de Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Si el paciente es menor de edad, de el nombre de el guardian: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo/ celular: \_\_\_\_\_  
Como escucho de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## Persona Responsable/ Datos de facturacion

Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

## Informacion de la Asegurancia Dental

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Compania del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre de ASgurancia de Dental: \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono de Asegurancia: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Tratamiento

Estoy consiente que el personal de trabajo de esta clinica dental me recomendará el mejor procedimiento dental. El personal de trabajo hara su mayor esfuerzo para asegurarse de que yo entiendo el cuidado dental y plan de tratamiento recomendado. En el possible caso de que yo no entienda algo de el tratamiento o el plan, puedo discutirlo con el personal de la clinica dental. Doy mi consentimiento para que tomen rayos-x, que apliquen anestesia local, y que se practique tratamiento dental si es recomendado. Autorizo que se camparta la informacion redactada es este documenot. Entiendo que soy totalmente responsable por los gastos de el tratamiento dental.

Autorizo que mi asegurancia le page directamente al Dr. Taran Bhatia.

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

Despues de el examen dental le ofrecemos un plan de tratamiento y le presentaremos un presupuesto.

Si es necesario se haran los ajustes financieros antes de proceder at tratamiento dental.

## Historia Medica

Doctor principal de el paciente: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Como describira la salud de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo examen fisico? \_\_\_\_\_

El paciente ha sido hospitalizado en los ultimos dos anos? Por que? \_\_\_\_\_

Esta tomando algunos medicamertnos? Cuales? \_\_\_\_\_

### Ha tiendo una reaccion alergica a causa de una medicina o sustancia? (circule las que aplican)

Ninguna	Eritomicina	Novocaina	Sulfamidas	Xylocaine
Aspirina	Yodo	Oxido Nitroso	Teteraciclina	Ostros: _____
Codeina	Latex	Penicilina	Valium	_____

### El paciente a tenido: (circule las que aplican)

Ninguna	Ampollas de fiebre	Enfermedad de el rinon o idago
Artritis o Gota	Sed frecuente	Enfermedad del pulmon
Articulacion artificial	Miccion Frecuente	Atención psiquiátrica
Asma o Alergias	Glaucoma	Radiacion o quimioterapia
Problems de sangrado o Anemia	Ataque al Corazón	Fiebre reumatica
Enfermedad de la sangre	Soplo en el Corazón	Problems de sinusitis
Moreton Facilmente	Problemas del Corazón	Problema de Tiroides
Cancer	Valvula del Corazón	Tuberculosis
Llagas en los labios	Hepatitis A,B,C	Tumor o crecimiento
Problemas cardíacos congénitos	Herpes	Ulceras o problemas gastrointestinales
Actualmente embarazada	Drogadiccion/ Alcholismo	El uso de Tabaco
Diabetes	Alta/ Baja presion sanguinea	Desorden Alimenticio
Mareos o desmayos	VIH-Sida_ARCO	Ostros: _____
Enfisema	Hipoglucemia	_____
Epliepsia of Convulciones	Dolor en la mandibula	

Le han administrado antibioticos a su hijo/a antes de tratamiento dental? \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Razon de la vista de hoy? \_\_\_\_\_

Es la primer cita dental su hijo/a? \_\_\_\_\_

Si no, Cuando fue su ultima cita? \_\_\_\_\_ Fecha de ultima vez que le tomaron rayos-x? \_\_\_\_\_

Tratamiento que le hicieron? \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista anterior: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Su hijo/ a fue amamantado? \_\_\_\_\_ Hasta que edad? \_\_\_\_\_

Le dio biberon a su hijo/a? \_\_\_\_\_ Hasta que edad? \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a cualquier lesion a sus dientes, boca, labios, cabeza o mandibular? Describa por favor: \_\_\_\_\_

Su Hijo/a se cepilla los dientes diario? \_\_\_\_\_ Le ayuda un adulto? \_\_\_\_\_

Su hijo/a usa el hilo dental? \_\_\_\_\_ Le ayuda un adulto? \_\_\_\_\_

### Tiene su hijo/a uno de estos habitos dentales? (circule las que aplican)

Ninguno	Rechinamiento de dientes	Usa chupon
Chuparse el dedo	Chuparse el labio	Empuje de la lengua
Respiracion por la boca	Morderse las unas	Otro: _____

### ¿Su hijo/a recibe fluoruro en alguna de estas formas? (circule las que aplican)

Vitaminas      Pasta dental      Enjuague      Sumistro de agua      Tabletas      Otro: \_\_\_\_\_

Ha tiendo su hijo/a una mala experiencia dental o medica? Explique por favor: \_\_\_\_\_

### Por favor elija cuales describen a su hijo/a: (circule las que aplican)

Anioso	Temperamental	Tímido	Curioso
Amistoso	Meloso	Confiado	Cooperativo
Desafiante	Terco	Sospechoso	Activo Extrovertido

Intereses de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Deporte favorito: \_\_\_\_\_

Película favorita: \_\_\_\_\_

Como podemos hacer que su hijo/a tenga una Buena y divertida experiencia con nosotros? \_\_\_\_\_

## Pariente Mas Cercano

Nombre de pariente más cercano que no viva con ustedes: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_