



## Bienvenido a Star Kids!

En Star Kids Estamos Comprometidos En Proveer Salud Oral De Calidad A Niños De Todas Las Edades Para Que Su Experiencia Dental Sea Segura, Divertida Y Confortable.

### Su hijo/ hija

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_  
SSN \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Con quien vive su hijo/hija? \_\_\_\_\_  
Que idioma prefiere su hijo/hija? \_\_\_\_\_ Que hobbies o pasatiempos tiene su hijo/hija? \_\_\_\_\_

**Padre** \_\_\_\_ Padrastro \_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_ (Debe mostrar prueba de tutela) Padre con Tutela? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
Estado Civil: Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_ Separado \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Licencia de conducir # \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo # \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Marque aquí para **NO** recibir comunicación por email o texto de parte de Star Kids Pediatric Dentistry.

**Madre** \_\_\_\_ Madrastra \_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_ (Debe mostrar prueba de tutela) Madre con Tutela? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
Estado Civil: Soltera \_\_\_\_ Casada \_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_ Separada \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Licencia de conducir # \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo # \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Marque aquí para **NO** recibir comunicación por email o texto de parte de Star Kids Pediatric Dentistry.

### En caso de una emergencia y que no podamos comunicarnos con usted, a quién debemos contactar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Quien lo recomendó a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

**Seguro Dental Primario:** TX Medicaid \_\_\_\_ TXCHIP \_\_\_\_ NM Medicaid \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tiene algún seguro Dental secundario? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ cual: \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Primario:** TX Medicaid \_\_\_\_ TXCHIP \_\_\_\_ NM Medicaid \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tiene algún seguro Médico secundario? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ cual: \_\_\_\_\_

**El pago completo es requerido en cada cita. Para su conveniencia aceptamos:**  
**-Efectivo -Cheque personal -Tarjeta Débito/Crédito -Care Credit**

**Historia Médica**      **Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Médico Pediatra del Niño/a \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_

Médico Especialista del Niño/a \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_

Su hijo(a) ha estado hospitalizado? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) un soplo cardiaco? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Esta su hijo/ hija bajo el cuidado de un medico? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Su hijo(a) sufre de alergias? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) una reacción desfavorable por medicamentos, antibióticos, o por anestesia local? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si  
Explique \_\_\_\_\_

Ha estado su hijo(a) bajo anestesia general? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) o alguien familiar problemas con anestesia general? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Esta su hijo(a) tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si      Cuales: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) historial de problemas de desarrollo o comportamiento? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Que es el nivel intelectual de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ arriba del promedio \_\_\_\_\_ promedio \_\_\_\_\_ debajo del promedio  
\_\_\_\_\_ problemas de aprendizaje      Grado Escolar \_\_\_\_\_

Esta su hija embarazada? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ N/A

**Ha tenido o tiene su hijo(a) historia, condición o dificultad con alguno de los siguientes?**

\_\_\_SIDA      \_\_\_Sangrado Prolongado      \_\_\_Labio/Paladar Hendido      \_\_\_Corazón      \_\_\_Epilepsia/ Ataques

\_\_\_ADD/ADHD      \_\_\_Cáncer/Malignidad      \_\_\_Diabetes      \_\_\_Riñones      \_\_\_Tiroides

\_\_\_Asma      \_\_\_Parálisis Cerebral      \_\_\_Síndrome de Down      \_\_\_Hígado/Hepatitis      \_\_\_Tuberculosis

\_\_\_Autismo      \_\_\_Sinusitis Crónico      \_\_\_Oídos      \_\_\_Fiebre Reumática

Otro \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

Última visita al dentista: Fecha \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_ Servicios \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) problemas dentales? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Se ha golpeado los dientes, boca o cabeza? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, explique \_\_\_\_\_

Su hijo padece alguno de los siguientes?

\_\_\_Tiene dolor      \_\_\_Inflamación      \_\_\_Problemas de Quijada      \_\_\_Bruxismo (Rechinar)      \_\_\_Dolores de cabeza

\_\_\_Usa Biberón      \_\_\_En Lactancia      \_\_\_Usa Chupón      \_\_\_Se chupa el dedo      \_\_\_Se muerde el labio      \_\_\_Se muerde las uñas

Su hijo(a) se cepilla los dientes diariamente? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No      Usa su hijo(a) hilo dental? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Usa fluoruro en alguna forma? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, En que forma? \_\_\_\_\_

Cuál es la actitud de su hijo hacia los dentistas? \_\_\_\_\_

**Desea un servicio dental completo para su hijo(a)?** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No, Explique \_\_\_\_\_

**Autorización y Reconocimiento – Por Favor ponga sus iniciales y firme**

Reconozco que toda la información y respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que dar información incorrecta sería peligroso para la salud de mi hijo(a). Entiendo que si alguna vez hubiera cambios en la salud de mi hijo(a) o en los medicamentos, debo informar sin falta al doctor en la próxima visita.

Yo autorizo a Dr. Holguin, Dr. Latoya Delaughter Dr. Edith Osorio, Dr. Courtney Brooks, Dr. Carolyn Muckerheide, Dr. Anahi Garcia-Labori, Dr. Edgar Perales, Dr. Yanitza Feliciano y/o a sus asistentes de Star Kids Pediatric Dentistry a proveer cualquier tratamiento y hacer los procedimientos que se consideren necesarios.

\_\_\_ Yo autorizo al Doctor, Especialista y/o Dentista de mi hijo(a) mencionados arriba en esta forma a dar a Star Kids Pediatric Dentistry cualquier información necesaria durante el tratamiento de mi hijo(a).

\_\_\_ Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente al dentista los beneficios de mi póliza. **Se me ha informado y entiendo que seré responsable de pagar cualquier balance en mi cuenta.**

\_\_\_ Yo entiendo que toda la información médica y rayos X tomados en esta oficina o cualquier otra oficina, pagados o no pagados por la persona que firma abajo, deben ser parte del record profesional del Doctor y solo el Doctor puede disponer y controlar estos documentos. Entiendo que hay un costo mínimo de \$30.00 por duplicar récords.

\_\_\_ Yo autorizo a los doctores el uso de fotografías, radiografías, otros materiales diagnósticos y/o la historia clínica, para propósitos de enseñar, investigaciones o publicaciones científicas.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo