



## 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 cómoda.

### Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Con quien vive el paciente: \_\_\_\_\_

Que idioma prefiere el paciente? \_\_\_\_\_ Que pasatiempos tiene el paciente? \_\_\_\_\_

**Padre/Madre 1** \_\_\_Padraastro/Madrastra \_\_\_Guardian (Debe mostrar prueba de tutela) **Guardian con tutela?** \_\_\_Si \_\_\_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 # \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo # \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

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

**Padre/Madre 2** \_\_\_Padraastro/Madrastra \_\_\_Guardian (Debe mostrar prueba de tutela) **Guardian con tutela?** \_\_\_Si \_\_\_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 # \_\_\_\_\_ Teléfono 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 quien debemos contactar?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**\*EL NO REVELAR TODA LA COBERTURA DE SEGURO DISPONIBLE, RESULTARÁ EN BALANCE POR PAGAR \***

### **Seguro Dental Primario:** \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

\*Tiene algún Seguro Dental secundario? \_\_\_No \_\_\_Si, Cual \_\_\_\_\_

### **Seguro Medico Primario:** \_\_\_\_\_

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

-Tarjeta Debito/Crédito

-CareCredit\*

*\*Política de reembolso de CareCredit: cualquier crédito en transacciones realizadas con la tarjeta de crédito Care se reembolsará a la tarjeta CareCredit*

**Historial Médico** Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico/ Pediatra \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_

Médico Especialista \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_

Paciente ha estado hospitalizado?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

Tiene el paciente un soplo cardiaco?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

Esta el paciente bajo el cuidado de un medico?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

El paciente 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 tenido el paciente a alguien en la familia con problemas con anestesia general?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

Ha estado el paciente bajo anestesia general?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

Esta el paciente tomando alguna medicina?  No  Si, Cuales? \_\_\_\_\_

Tiene el paciente historia de problemas de comportamiento o desarrollo?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

Nivel intelectual del paciente?  Alto  Promedio  Bajo Promedio  Problemas de aprendizaje  Grado Escolar

Esta la paciente embarazada?  No  Si  N/A

**Ha tenido o tiene el paciente historia, condición o dificultad con alguno de los siguientes?**

SIDA/VIH  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 Crónica  Oídos/audición  Fiebre Reumática  Apnea del sueño/ronquidos  
 Reflujo Gastroesofágico

Otros: \_\_\_\_\_

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

**Cuestionario Dental del Paciente:**

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

Tiene el paciente algún problema dental?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

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

**Padece el paciente algo de los siguientes?**

Tiene Dolor  Inflamación  Problemas de Quijada  Bruxismo (Rechinar)  Dolor de cabeza  Usa Chupón  
 En lactancia  Usa Biberón  Se chupa el pulgar  Se chupa el dedo  Se muerde el labio  Se muerde las uñas

Se cepilla el paciente los dientes a diario?  No  Si Usa el paciente hilo dental?  No  Si

Usa el paciente Fluoruro en alguna forma?  No  Si, Cual? \_\_\_\_\_

Cual es la actitud del paciente con los dentistas? \_\_\_\_\_

**Desea un servicio dental completo para el paciente?**  Si  No, Explique: \_\_\_\_\_

**Autorización y Reconocimiento**

- Reconozco que toda la información y respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que dar información incorrecta sería peligroso para la salud del paciente. Entiendo que, si alguna vez hubiera cambios en la salud o medicamentos del paciente, debo informar sin falta al doctor en la próxima visita. Yo autorizo a la Dra. Lizbeth Holguin, la Dra. Latoya Delaughter, la Dra. Edith Osorio, la Dra. Courtney Brooks, la Dra. Carolyn Muckerheide, el Dr. Edgar Perales, la Dra. Yanitza Feliciano, el Dr. Michael Silva 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 dentistas mencionados en esta forma a dar cualquier información o registros que Star Kids Pediatric Dentistry necesite en el transcurso del tratamiento del paciente.
- Yo Autorizo y solicito a mi compañía de seguros pagar directamente al dentista o los beneficios de mi póliza. **Se me ha informado y entiendo que seré responsable de pagar cualquier balance en mi cuenta por los servicios.**
- Yo entiendo toda la información médica y las radiografías tomadas en esta oficina o en cualquier otra oficina, ya sea pagado o no pagados por la persona que firma abajo, pasará a formar parte del historial profesional del médico y estará sujeto únicamente a su control y disposición. **Entiendo que se cobrará una tarifa razonable por los registros duplicados.**
- Autorizo a los médicos a usar fotografías, radiografías, otras ayudas de diagnóstico y registros de tratamiento para los fines de docencia, investigación y publicaciones científicas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo