



## 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 \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) una reacción alérgica y/o 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 todas las vacunas necesarias a la fecha?  Si  No, Explique: \_\_\_\_\_

Esta la paciente embarazada?  No  Si  N/A

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

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado   | <input type="checkbox"/> Labio/Paladar Hendido | <input type="checkbox"/> Corazón                     | <input type="checkbox"/> Epilepsia/ataques         |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                | <input type="checkbox"/> Cáncer/Malignidad     | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Riñones                     | <input type="checkbox"/> Tiroides                  |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral    | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down      | <input type="checkbox"/> Hígado/Hepatitis            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Autismo                 | <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica     | <input type="checkbox"/> Oídos/audición        | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática            | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño/ronquidos |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo | <input type="checkbox"/> Retraso del habla     | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |  |

Nacio Prematuro: A las cuantas semanas: \_\_\_\_\_

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

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

### **Cuestionario Dental del Paciente:**

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

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

**Seleccione lo que aplique:**  En lactancia  Usa Biberón  Usa botella

**Hábitos:**  Usa Chupón  Se chupa el pulgar  Se chupa el dedo  Se muerde las uñas  Se muerde el labio  
Otros: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

### **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. Edith Osorio, 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 del paciente, 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