



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. Ana Karen Davila, la Dra. Yanitza Feliciano la Dra. Carolyn A. Muckerheide, la Dra. Edith Osorio, el Dr. Edgar Perales, 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.
- 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