

Correo Electrónico: _____

Bienvenidos a Family Choice Dental, Odontología para niños y adultos, Albuquerque, PC

Información del (la) Paciente (Por favor escriba en letra de molde)

Nombre _____ | Apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
(____) (____)
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____ Teléfono _____
del Seguro Social _____ Escuela _____ Año _____ Hombre o Mujer _____

Historia Sanitaria del Paciente (Por favor responda todas las preguntas)

Problemas de corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Epilepsia o Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sólo en el corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Válvula artificial de corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfisema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alta Pression	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Embarazo: Fecha de Alivio?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minusválida o necesidades especiales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pildoras Anticonceptivas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Alerias a: Medicamentos, comida, latex	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hepatitis Tipo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiacion	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Marcapasos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Uso de Alcohol y/o Tabaco	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Quimoterapia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	ADHD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Amarillo ictericia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Abuso de Alcohol/Drugas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de los tiroides (glandula)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de Sangramiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Anemia de la celula de la Hoz/Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Ha tomado Bifosfonatos? Sí No (i.e. Fosomaz, Actonel, Zomets, Boniva, Aredia, Reclast or Didronel) ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Alguna otra enfermedad o problemas medicales que no aparescan en la lista?: Sí No
Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

¿Está tomando **alguna medicina** el/la paciente en este momento? Sí No
Si respondió "Sí", ¿qué clase?: _____

¿Porfavor apunte cualquier clase de medicamentos que el paciente sea **alergico**. Ninguno

¿Es alérgico/a el/la paciente a algún otro material que se use comúnmente en el consultorio dental (por ejemplo, metales, anestesia, etc.?) Sí No

Si respondió "Sí", ¿a qué clase?: _____

¿Tiene el/la paciente algún problema o inquietud dental en este momento? Por favor explique: _____

Información de los Padres/Custodios (Por favor escriba en letra de molde)

Calificacion de plan de descuento

1. Numero de personas que viven en casa _____
2. Ingresos _____ Semanal Quincenal Mes

Nombre de la Madre/Custodia _____ Nombre del Padre/Custodia _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

(____) _____ (____) _____
Teléfono Domiciliar # Teléfono Trabajo #

Familiar más cercano que **no** viva con el/la paciente _____

Relación con el (la) paciente _____ (____) _____
Teléfono #

Certifico haber leído y entendido lo anterior. Confirмо que las preguntas, si hay alguna, sobre lo indagado anteriormente fueron respondidas satisfactoriamente. No responsabilizo al dentista ni a ningún otro miembro del personal por los errores o lo que yo haya omitido al llenar este formulario. También he leído y entiendo las **Técnicas Administrativas del Paciente de Dentistería Pediátrica** pagina dos de este formulario y consiento su uso.

Firma de Adulto/Padres/Custodios

Fecha

Firma de el Dentista

Fecha

Técnicas Administrativas del Paciente Dental

Nuestra intención es que toda atención profesional que prestemos en nuestras actividades dentales sea de la mejor calidad que le podamos ofrecer a cada menor. Prestar atención de calidad a veces es bastante difícil e incluso imposible, debido a la falta de cooperación de algunos pacientes jóvenes. Algunos de los factores que interfieren con la calidad de la atención dental adecuada son: la hiperactividad, los movimientos resistentes, rehusar abrir la boca/mantenerla abierta durante el tiempo suficiente para llevar a cabo el tratamiento dental necesario, e incluso la resistencia agresiva y/o física al tratamiento como patear, gritar y agarrar la mano del dentista o los instrumentos dentales agudos.

Se hará todo esfuerzo para conseguir la cooperación de los pacientes infantiles mediante la cordialidad, la amigabilidad, la persuasión, el humor, la cautivación, la apacibilidad, la gentileza y la comprensión.

Métodos Empleados:

1. **Decir-Mostrar-Hacer:** El dentista o asistente le explica al menor con palabras sencillas y repetición qué es lo que se va a hacer, y le demuestra con instrumentos en un modelo del dedo del menor o del dentista qué es lo que se hace. Luego se lleva a cabo el procedimiento en la boca del menor según lo descrito. El comportamiento cooperativo se refuerza con elogios.
2. **Refuerzo Positivo:** Con esta técnica se incentiva al menor a que se comporte en forma deseable. Las recompensas incluyen felicitaciones, elogios, palmaditas en la espalda, abrazos o premios.
3. **Control Verbal:** La atención de un menor agitado se consigue al cambiar el tono de la voz o aumentar el volumen de la voz del dentista. El contenido de la conversación es menos importante que la naturaleza firme o repentina de la orden.
4. **Soporte Bucal:** Se coloca un dispositivo plástico en la boca del menor para evitar que la cierre cuando rehúse o se le dificulte mantenerla abierta.
5. **Ejercicio de la Mano sobre la Boca:** Al menor que grita se le dice que se le va a poner la mano encima de la boca. Al poner la mano encima de la boca, el dentista le habla al oído al paciente y le dice que él retira la mano si deja de hacer ruido. Al detenerse el ruido, la mano se retira y se elogia al menor por cooperar. Si vuelve a hacer ruido, se vuelve a poner la mano encima de la boca del menor y se repite el ejercicio.
6. **Inmovilización Física por Parte del Dentista:** El dentista inmoviliza el movimiento del menor al sostenerle las manos o la parte superior del cuerpo, estabilizando la cabeza del menor entre el brazo y el cuerpo del dentista o colocando al menor firmemente en el sillón dental.
7. **Inmovilización Física por Parte del Asistente:** El asistente inmoviliza el movimiento del menor al sostenerle las manos, estabilizar la cabeza y/o controlar los movimientos de las piernas.
8. **Papoose Boards y Pedi-Wraps:** Estos son dispositivos inmovilizadores para limitar los movimientos agitados del menor, evitar lesiones y permitirle al dentista que lleve a cabo el tratamiento necesario. El menor queda envuelto en el dispositivo y se le reclina en el sillón de dentistería. ***LA INMOVILIZACIÓN SE USA SI EL/LA PACIENTE NO COOPERA O SI, EN LA OPINIÓN DEL DOCTOR, MEJORA LA SEGURIDAD DEL MENOR Y DEL PERSONAL.***
9. **Óxido Nitroso:** A su hijo/a se le puede suministrar óxido nitroso. El/la paciente **no** pierde el conocimiento.
10. Es nuestra política que los **NIÑOS ENTRAN SOLOS** sin los padres para todo tipo de tratamiento dental realizado. Solamente un padre puede acompañar a su hijo/a de (3 años o menor) para limpieza solamente.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de las técnicas anteriores, por favor pregunte.

Nota: Si no está de acuerdo con los métodos anteriormente descritos, por favor díganoslo, para conversar con usted sobre ellos. Pero tenga presente que entonces no será posible completar ningún trabajo dental del menor en un entorno seguro.

1. Entiendo que mi seguro es un acuerdo entre mi compañía de seguros y mí. Entiendo también que soy responsable del equilibrio de mi cuenta dental de niño a pesar de mi seguro.
2. Entiendo que puedo contraer una 18% de finanzas carga si mi equilibrio va más allá de 30 días.
3. Asigno los pagos dentales del beneficio para ser pagados directamente al Niño Selecto Dental de mi compañía de seguros.
4. Doy el permiso para mi dentista de niño y su equipo clínico a tomar alguna película, las fotos, o los modelos del estudio diagnóstica necesaria para permitir apropiadamente el diagnóstico y el tratamiento completos.
5. Entiendo que se requieren 24-horas mínimas de notificación para las cancelaciones. Tres cancelaciones incurrirán en un cargo de \$150.

Firma

Fecha