



## HISTORIA de SALUD

Creemos que para servir mejor la salud dental de su niño, debemos entender a su hijo en el contexto más amplio en su historia social y médica. Por favor, ayúdenos en contestar las siguientes preguntas. Tenga en cuenta que todas las historias de salud se mantienen en estricta confidencialidad entre nuestro equipo. Llenar ambas páginas del formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño (Apellido, Nombre)      Sexo      Fecha de Nacimiento      Apodo      Peso

Médico del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Su niño esta bajo cuidado por alguna condición medica? (Si / No) \_\_\_\_\_

Están sus vacunas al día? (Sí / No / No está seguro) Fecha \_\_\_\_\_

Algún medicamento (Si / No) \_\_\_\_\_

**Alergias:** Látex (Si / No) El metal (Si/ No) Alimentos (Si/No) Lista: \_\_\_\_\_

Reacción a las alergias anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos (si/no) Lista: \_\_\_\_\_

Reaccion a las alergies anteriores: \_\_\_\_\_

Su niño ha tenido o ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes:

(Si) (No)

- \_\_\_ \_\_\_ Anemia
- \_\_\_ \_\_\_ Enfermedad de Sangre
- \_\_\_ \_\_\_ Transfusiones de Sangre
- \_\_\_ \_\_\_ Moretones Fácilmente
- \_\_\_ \_\_\_ Hemofilia
- \_\_\_ \_\_\_ Rasgo de Células Falciformes

(Si) (No)

- \_\_\_ \_\_\_ Sida / VIH
- \_\_\_ \_\_\_ Cáncer o Neoplasia
- \_\_\_ \_\_\_ Enfermedades Crónicas
- \_\_\_ \_\_\_ Diabetes
- \_\_\_ \_\_\_ Epilepsia
- \_\_\_ \_\_\_ Hepatitis, Enfermedad Hepática
- \_\_\_ \_\_\_ Enfermedad Renal
- \_\_\_ \_\_\_ Trasplante \_\_\_\_\_

Dentist's Notes

HEALTH HISTORY REVIEWED

- No Concerns
- Medical Alert
- Allergy

PreMed \_\_\_\_\_

Call MD \_\_\_\_\_

Doctor's Initials \_\_\_\_\_

(Si) (No)

- \_\_\_ \_\_\_ Asma
- \_\_\_ \_\_\_ Problemas Respiratorios
- \_\_\_ \_\_\_ Cirugía de Corazón
- \_\_\_ \_\_\_ Soplo en el Corazón
- \_\_\_ \_\_\_ Presión Arterial Alta
- \_\_\_ \_\_\_ Fiebre Reumática

Ultima visita al Cardiólogo: \_\_\_\_\_

(Si) (No)

- \_\_\_ \_\_\_ Defectos de Nacimiento
- \_\_\_ \_\_\_ Abuso
- \_\_\_ \_\_\_ Conmoción Cerebral
- \_\_\_ \_\_\_ Problemas de Crecimiento
- \_\_\_ \_\_\_ Nacimiento Prematuro
- \_\_\_ \_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_
- \_\_\_ \_\_\_ Síndrome \_\_\_\_\_

(Si) (No)

- \_\_\_ \_\_\_ Artritis
- \_\_\_ \_\_\_ Hueso /Problema TMJ
- \_\_\_ \_\_\_ Dolores de Cabeza
- \_\_\_ \_\_\_ Trastorno Metabólico
- \_\_\_ \_\_\_ Trastorno Muscular

(Si) (No)

- \_\_\_ \_\_\_ Lesión Cerebral
- \_\_\_ \_\_\_ Retrasos en el Desarrollo
- \_\_\_ \_\_\_ Problemas de Audiencia y / o del Habla
- \_\_\_ \_\_\_ Hiperactividad / TDA / TDAH
- \_\_\_ \_\_\_ Trastorno Neurológico
- \_\_\_ \_\_\_ Autismo \_\_\_\_\_

Existen otras condiciones que necesitamos saber? \_\_\_\_\_

Su niño ha tenido alguna vez una lesión traumática en la cabeza? \_\_\_\_\_

Su niño ha tenido alguna vez una lesión traumática de los dientes? \_\_\_\_\_

## Continuación de la Historia de Salud- Por favor, conteste basándose en la edad de su niño:

1. Historia de la alimentación (edad 0- 2.5 años)  
Mi niño fue: \_\_\_ alimentados con pecho \_\_\_ alimentados con biberón \_\_\_ combinación  
El biberón se presentó a la edad de \_\_\_\_  
Uso del biberón: \_\_\_ todavía lo usa \_\_\_ lo dejó de usar ( A que edad?\_\_\_)
2. Higiene Bucal (edades 0-9 años):  
Ha recibido instrucciones sobre cómo limpiar los dientes de su niño? \_\_\_Si, \_\_\_No  
Mi niño se cepilla \_\_\_ veces al día. Un adulto ( \_\_\_supervises, \_\_\_ayuda, \_\_\_cepilla, \_\_\_ninguno).  
Mi niño usa el hilo dental ( \_\_\_ todos los días, \_\_\_ de vez en cuando, \_\_\_ ninguno).
3. El uso de fluoruro (todas las edades):  
Cuándo comenzó a utilizar pasta de dientes?\_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día? \_\_\_\_\_  
Quién aplica la pasta de dientes al cepillo? \_\_\_ niño, \_\_\_ adulto  
Nuestra fuente principal de agua (Sí / No / No está seguro) contienen fluoruro.
4. Hábitos (todas las edades):  
Mi niño ( \_\_\_ hace, \_\_\_ no hace) chupar ( \_\_\_ dedos, \_\_\_ chupón).  
Cuándo, dónde y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Detenido a la edad: \_\_\_\_\_
5. Historia Dental (todas las edades):  
Hay algún antecedente en su familia de:  
\_\_\_ maloclusiones (mala mordida), \_\_\_ falta de dientes, \_\_\_dientes adicionales, \_\_\_Otro (explique \_\_\_\_\_
6. La historia familiar (todas las edades):  
La madre y el padre viven juntos? \_\_\_ Sí \_\_\_ no  
Es su niño adoptado? \_\_\_ Sí \_\_\_ no En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
Favor de explicar cualquier situación de la familia los cambios recientes (divorcio, separación, muerte, etc.), y tener en cuenta cuando su hijo ha presentado este cambio: \_\_\_\_\_  
Está su niño recibiendo alguna terapia o ayuda adicional en cualquier área? \_\_\_\_\_
7. Referencia (todas las edades):  
Cómo se enteró de nuestra oficina? (Nombre o los medios de comunicación responsables de referencia):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cuál es la razón principal de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO:** Es necesario, porque su hijo es menor de edad, obtener autorización de un padre / madre / tutor legal antes de que el tratamiento se lleve a cabo. La firma del padre o tutor da continuación autoriza la realización de todos de acuerdo sobre el tratamiento dental y el uso de esos métodos al mismo caso. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que se cancele por cualquiera de las partes. Además, firmante se compromete a ser responsable de cualquier pago por este niño para el tratamiento dental, independientemente de la cobertura de seguros.

Asimismo, el firmante consiente el uso de acuerdo a las radiografías, modelos de compro, fotografías o cualquier otra ayuda de compromiso utilizados para los propósitos educativos. Entiendo perfectamente este consentimiento y no tienen más preguntas.

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS:** Mi firma indica que he dado autorización a ToothZone para usar fotos o videos de mi hijo(os) en su material educacional y promociona. También entiendo lo siguiente 1.) La persona en la fotografía no será identificada por nombre en ninguna publicación. 2.) No espero ningún pago por el uso de la fotografía. Por favor marque los medios siguientes que no nos autoriza a usar:  La pagina Web  Facebook  Pared de fotos de ToothZone  La aplicación de ToothZone

**CONCENTIMIENTO PARA MESSAGE:** Mi firma indica que le he dado permiso a ToothZone a (por favor marque todas las que apliquen)  Mensajes de voz (en todos los números proveídos)  Mensaje de texto  Mensajes electrónico acerca de la cita dental de sus hijos.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### COMPROMISO ALA CITA

Para mejor responder alas necesidades de nuestros pacientes y sus familias, somos un "consultorio dental puntual" cuando hace una cita para su hijo, dos eventos ocurren: 1) Sostenemos la hora de la cita en nuestro libro de citas y 2) Confiamos en que llegara a tiempo para esa cita. Si usted llega tardea una cita, haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodarlos en nuestro calendario. Sin embargo puede ser necesario reprogramar su cita. Por favor tenga en cuenta que si pierde 3 o más citas puede resultar en la destitución de nuestra practica. Nuestras horas de oficina son Lunes a Jueves 8:00- 5:00 PM y Viernes 8:00 al medio día. (Nuestra oficina está cerrada de 12:00- 1:55 PM de Lunes a Jueves) Si tiene alguna necesidad para hacer una cita, preocupaciones o preguntas en relación con su cuenta, por favor no dude en llamarnos: (970) 223-8687.



## Información del Padre o Tutor legal

Fecha: \_\_\_\_\_

### Persona responsable (Tutor financiero de la cuenta)

Padre/ guardián que trae al niño alas citas & firma el papeleo. Esta no necesariamente es la persona que tiene la seguridad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre segundo nombre

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Personas autorizadas por el Tutor de tener acceso a la información financiera protegida con respecto a su cuenta y/o buscar tratamiento para su hijo.

*Todas las personas autorizadas deben identificarse al personal*

Nombre del otro padre: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Correo electrónico al: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador \_\_\_\_\_ Es un seguro primario \_\_\_\_\_ o Secundaria \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMERGENCIA

A quién debemos contactar en caso de una emergencia (que no sea padre o tutor): \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN FINANCIERA

Por favor lea la información cuidadosamente si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a uno de los administradores financieros.

Como condición para el tratamiento por esta oficina, todas las cuotas se deben pagar en el momento del servicio. Con mucho gusto aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito para el pago de su cuenta. Habrá un cargo de \$ 25 en todos los cheques devueltos. Para su comodidad, también trabajamos con Care Credit.

**Por favor pregunte a un administrador financiero acerca de este plan de financiación externos.**

### \_\_\_\_\_ **Explicación sobre los seguros Dentro de la Red y cómo manejarlo:**

Inicial Estamos en la red con Anthem Blue Cross Blue Shield Dental Completa el 100, 200 y 300, Cigna, Delta Dental, MetLife, Principal / Ameritas, Medicaid de Colorado y CHP+.

**Usted tiene dos opciones de pago.**

**La primera opción:** Usted paga en su totalidad, con efectivo, cheque o tarjeta de crédito o débito. (No aceptamos cheques con fechas posteriores). ToothZone lo someterá a su seguro como una cortesía a usted y la aseguradora le reembolsará directamente.

**Opción dos:** estimaremos lo más cerca posible su parte, la que paga el día de servicio y dejar una tarjeta de crédito / débito en los archivos de nuestro Chequeo Expreso. Su tarjeta de crédito o débito, será usada para pagar la porción estimada el día del servicio y si hay algún balance después de recibir el pago de su a seguridad. Le pediremos que mantenga una tarjeta actualizada en nuestro sistema. Usted recibirá una explicación de beneficios, mostrando cuanto cubrió su seguro, nosotros recibimos un cheque de su aseguradora, si necesitamos reembolsar o cobrar algún balance, lo haremos en la tarjeta en nuestros archivos.

En ToothZone sabemos de la sensibilidad del problema que envuelve el robo de identidad. Nuestro nivel de seguridad está a la altura y excede los requerimientos de HIPPA y nuestro sistema de computadoras está equipado con lo último en tecnología anti virus. Cuando procesamos la información de su crédito, su tarjeta solo muestra los últimos 4 dígitos, de acuerdo a la ley estatal. Nuestra tecnología al día nos permite rastrear su pago efectivamente y con exactitud asiendo todo mucho más simple y sencillo para usted y su familia.

### \_\_\_\_\_ **Explicación sobre los seguros fuera de la Red y cómo manejarlo:**

Inicial Fuera de la Red simplemente significa que ToothZone no tiene contrato con su compañía de seguro y consecuentemente no están bajo contrato para pagar de acuerdo con nuestros honorarios programados. Usted será responsable a pagar por el porcentaje restante al igual que algún balance no cubierto por los honorarios programados. **La opción anterior también aplica a los seguros fuera de la Red.**

Inicial Su compañía de seguros es requerida por el Comisionado de Seguros de Colorado para procesar los pagos o rechazar todas las reclamaciones dentro de 30 días. Le garantizamos la presentación precisa basada en la información que usted nos proporciona. Después de 60 días, si su compañía de seguros no ha reembolsado a nuestra oficina, la responsabilidad vuelve a usted para pagar en los siguientes 10 días después de recibir nuestro estado de cuenta. Los saldos no pagados dentro de 60 días será objeto de colección. **Nota: Nuestra relación es con usted, no su compañía de seguros. Por lo tanto, todos los cargos son en última instancia su responsabilidad, independientemente de su estatus de seguro.**

Trabajar con compañías de seguro puede ser difícil. Después de 30 días si la compañía de seguros no a pagado nosotros. Los contactaremos en su representación y reenviaremos lo que sea necesario. Después de 60 días todos los cargos se vuelven responsabilidad del padre o tutor del niño. Si la aseguradora necesita alguna acción de su parte, nosotros los contactaremos inmediatamente.

En consideración de los servicios profesionales prestados a mi hijo, estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad por el pago de tales servicios, y estoy de acuerdo en pagar todos los costos legales, incluyendo gastos de cobranza y honorarios de abogado si no puedo pagar mi cuenta. Le concedo el permiso a usted, o su asignado, llamar por teléfono a mi casa o en mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)