

Lewisville Kids Dentistry

501 S. Stemmons Freeway
(972)436-9121

www.lewisvillekidsdentistry.com

Paciente:

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Escuela del paciente: _____
_____ Grado: _____

Quien acompaña al niño(a) hoy:

Nombre: _____ Relación: _____

Tiene custodia legal del niño(a)? | SI | NO |

Citas:

Como prefiere que nos comunicemos con usted en el futuro?

- Teléfono: _____
- Texto: _____
- E-mail: _____

Como escucho de nuestra oficina?

Internet | Correo | Escuela

Oficina de Doctor: _____

Amigo: _____

Otro: _____

Familia que ya atendemos en nuestra oficina:

Información de la Madre:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS # _____

Tel: Casa: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Información del Padre:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS # _____

Tel: Casa: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Persona Responsable de la Cuenta:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Pos. _____

SS#: _____ DL# _____

Seguro Dental:

Seguro Privado

Pago Personal

Medicaid

CHIP

Nombre del Seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS # _____

Relación al paciente: _____

Salud

Nombre del Pediatra: _____ Número de Teléfono: _____ Ciudad: _____

SI NO El Niño(a) es alérgico a algo? Explique: _____

SI NO Su niño(a) ha sido hospitalizado? Explique por qué y cuándo: _____

SI NO Su niño/a esta tomando algún medicamento? Explique en detalle y razón del medicamento: _____

Indique con "X" si su niño(a) ha recibido tratamiento de lo siguiente:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Latex | <input type="checkbox"/> Desorden O Infección de Ojos | <input type="checkbox"/> Hígado/ Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangre/
Transfusión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desorden Endocrinos | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas de Mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Labio Heñido/ Paladar | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Mudo/ Sordo | <input type="checkbox"/> SIDA/ VIH |
| <input type="checkbox"/> Cancer/ Tumores | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon |
| <input type="checkbox"/> Defectos Congenitos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Desarrollo Social/
Personalidad | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Fisico | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | | |

Denos detalles de lo que indico:

Historia Dental

SI NO El niño(a) ha sido atendido por un dentista alguna vez? Nombre del Dentista: _____
Fecha de la última visita dental y radiografías: _____

SI NO Ha tenido usted osus niños una mala experiencia con un dentista? De detalles si indico que si: _____

SI NO El niño(a) se chupa el dedo o chupa chupon? Cuando: _____

Por favor indique si su niño tiene problemas con cualquiera de lo siguiente:

- | | | |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caries | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los dientes |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Cambio en color de los dientes |

Consentimiento para Tratamiento Dental

Solicito y autorizo a Dr. Jason Clapp y Asociados para examinar, limpiar, y proporcionar el tratamiento dental en los dientes de mi niño. También solicito y autorizo la toma de rayos X dentales considerados necesarios por el Doctor Jason Clapp y Asociados para diagnosticar y/o tratar el problema dental de mi niño. Permitiré que fotografías sean tomadas de mi niño o los dientes del niño para objetivos diagnósticos o educativos. Entiendo que el tratamiento dental por niños incluye esfuerzos para dirigir su comportamiento ayudándoles a entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. Doctor Jason Clapp y Asociados proporcionarán un ambiente que permite niños a aprender a cooperar durante el tratamiento enseñándoles y demostrándoles procedimientos e instrumentos, y usando el tono de voz variable. Seré responsable de cualquier gasto incurrido en este niño para el tratamiento dental.

Firma: _____ Fecha: _____

Lewisville Kids Dentistry

¡Bienvenidos a nuestra práctica!

Estamos encantados que usted nos ha escogido para ser parte de la salud dental de su hijo.

Por favor lea lo siguiente con cuidado:

1. *Por favor llegue a tiempo a su cita.* Si Ud. llega más de 10 minutos tarde, Ud. arriesga que su cita sea cancelada y que sea inactivado de asistencia futura en nuestra oficina.
2. *Traiga con Ud. la tarjeta corriente de Texas Medicaid a cada cita.*
3. *Infórmenos de los cambios de su elegibilidad con Medicaid.* Ud. será facturado si usted no es elegible. También es su responsabilidad de informarnos de cualquier cambio de dirección y número de teléfono.
4. *La cantidad de trabajo y tiempo que toma nuestra oficina para procesar Medicaid es en exceso a cualquier otro tipo de seguro medico.* El costo de dar este servicio también es mucho más alto. A causa de esto, nuestra póliza de citas que no atiendan es lo siguiente:
 - **UNA CITA ROTA RESULTARIA EN QUE NOSOTROS YA NO ACCEPTAREMOS MEDICAID PARA EL TRATAMIENTO/ O CUIDADO FUTURO DE SU HIJO.**
 - La autorización será revocada. Nosotros daremos tratamiento de emergencia por un tiempo de 30 días. Esto permitirá tiempo para que Ud. encuentre otros dentista quiénes aceptan Medicaid
 - Si Ud. quiere tratamiento adicional en nuestra oficina después de un cita rota, los cargos regulares serán cobrados y Ud. será responsable por los cargos la fecha de la cita
5. *Si Ud. decide cancelar la cita, Ud. tiene que llamar 24 horas en anticipación de la cita.* La máquina de voz estará disponible 24 horas al día.
6. Pacientes que no podemos contactar por teléfono o por correo después de 12 meses serán inactivados.

Estas pólizas son para el beneficio de todos. Si usted tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.

Gracias,

Lewisville Kids Dentistry

Firma: _____ Fecha: _____

Lewisville Kids Dentistry

POLIZAS DE LA OFICINA

Padres son bienvenidos a acompañar a su hijo/a al área de tratamiento a la hora de su examen inicial. Esto le da la oportunidad para ver nuestro equipo de dentista en acción y permitir que el dentista hable sobre lo que va descubriendo en los dientes y tratamiento que necesita directamente con usted. Si usted acompaña a su hijo/a les pedimos que sea un observador silencioso. Si más de una persona le habla al niño/a pueden confundirlo/a. Cooperación y confianza tiene que establecer entre el dentista y su hijo/a no entre usted. También necesitamos que los hermanos esperen en la sala de espera. A veces que los niños sean penosos sin la presencia de los padres y los mandamos a jugar al área de juegos para obtener confianza. Después de la primera cita su hijo/a irá al área de tratamiento solo, al menos que haya un arreglo específico antes. Los niños que no se dejan, ven una manera para escapar y correr así los padres - por eso les pedimos que esperen en el área de espera mientras el tratamiento en orden de felicitar la comunicación entre el niño/a y el dentista. La siguiente es una explicación de unas metas que usamos con los niños para guiar el comportamiento y para obtener una experiencia positiva con el dentista. Como todos los niños son diferentes, hay listas que pueden ser explicadas si es necesario.

DECIR, ENSEÑAR, HACER

Esta es la clave más importante para enseñarle a su hijo/a. Se le explica en simples términos lo que va a ser hecho. Después de explicar el dentista procede.

IMAGINACION

Nosotros les decimos en simples términos lo que va a ser hecho. Por ejemplo, un examen dental "Viendo y contando tus dientes". Una limpieza de dientes es "Cepillar y acorté cosquillas en los dientes". Nosotros sugerimos que estos términos sean explicados cuando se les diga una experiencia de dentista a su hijo/a.

DISTRACCION

A veces es necesario distraer a su hijo/a de una sensación no tan agradable enfocándose en otra cosa.

CONTROL DE VOZ

Control de voz es controlada por cambio de volumen, tono, y parecer a influencia y directo al comportamiento del niño. Esta técnica es usada para establecer una línea de comunicación entre nuestros doctores y su hijo/a.

Este acuerdo y políticas son para asegurarnos que ofrecemos lo mejor, más que nada ser una experiencia positiva en el dentista para su hijo/a. Por favor siéntase libre de hacer cualquier pregunta en la oficina. Gracias por darnos la oportunidad de ofrecer ayuda dental para su hijo/a.

Yo, _____, estoy de acuerdo con todas las pólizas y acordado.

FIRMA DE MAMA/PAPA / GUARDIAN

Fecha