

Where Kids Smiles Come First!

De parte de los doctores y todo el personal, le damos la bienvenida a Jamboree Dentistry. Los elogios más altos que podemos recibir es cuando nuestros pacientes muestran un interés personal en el establecimiento y mantenimiento de la salud oral. Para que de esta forma puedan recomendar a Jamboree Dentistry. Por favor tome unos minutos para decirnos como escucho de nuestra práctica.

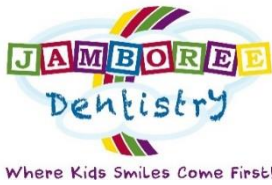
Gracias

- Facebook
- Pagina de internet de Jamboree Dentistry
- Seguro
- Tarjeta de Correo Postal
- Internet
- Pasando
- Empleado de Jamboree Dentistry
- Solicito Cita en la Pagina de Jamboree Dentistry
- Community Impact Newspaper Ad (Periodico Local)
- Referido por Amigo (Nombre) _____
- Eventos en la Comunidad (Cuidado de Niños, Programa Escolar, Clinica Pediatrica)

Nombre: _____

Referido por otra Oficina:

Name _____ Phone _____



Patient ID: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

¡Bienvenido a nuestra práctica! Nos esforzamos para que cada una de las visitas de nuestros pacientes sean agradables y cómodas. Nuestro objetivo es mantener nuestros pacientes con sonrisa hermosa para toda la vida.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES:

Nombre completo del paciente: _____ Apodo: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Seguro Social: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDA:

Primer Nombre: _____ El apellido: _____

Relación al niño(a): Madre Padre Madrastra Padrastro Guardián

Teléfono particular: _____ Teléfono De Trabajo _____ Celular: _____

Seguro Social: ____ - ____ - ____ Numero de Licencia: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Correo Electrónico Personal/trabajo: _____

Seguro Dental primario: Medicaid/CHIP _____ Seguro Privado (leer abajo) Pago Independiente

Nombre completo del asegurado: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Seguro Social: ____ - ____ - ____ Ocupación de trabajo: _____

Empleado por: _____ Nombre del seguro: _____

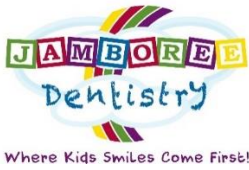
Número de teléfono del proveedor de seguros: _____ Grupo #: _____ ID de miembro: _____

Farmacia preferida: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Consentimiento:

- Entiendo que esta información es necesaria para el paciente recibir atención dental o de ortodoncia de una manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas sinceramente y a la de mi conocimiento.
- Autorizo al doctor a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnósticos que se consideren adecuadas hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades del paciente dental.
- Autorizo al doctor a realizar todos los tratamientos recomendados, mutuamente acordados por mí, para usar el medicamento adecuado y terapia indicada para dicho tratamiento en relación con _____ (nombre del paciente).
- Entiendo que utilizar agentes anestésicos implica cierto riesgo. Además, autorizo y consiento que el médico elige y emplea la anestesia necesaria para el tratamiento recomendado.
- Entiendo que es mi responsabilidad para asesorar a la oficina de cambios en la historia médica.



HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Salud general del paciente y cualquier medicamento que toma podría tener una importante interacción con el cuidado dental o ortodoncia que recibe. Por favor, responda cada una de las siguientes preguntas completamente.

Nombre del pediatra: _____ Teléfono: _____

¿Ha tenido el paciente dificultades con médicos anteriores o visita dental y ortodoncia? Si No _____

¿Alguna vez fue hospitalizado o ha tenido una operación importante? Si No _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello? Si No _____

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o medicamentos? Si No _____

¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Si No _____

¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o alguna otra medicación que contiene bisphosphonates? Si No _____

¿Está usted en una dieta especial? Si No

¿Usa tabaco o fuma? Si No

Mujer: ¿Esta usted...

¿Embarazada/intentando quedar embarazada? ¿Amamantamiento? ¿Tomando anticonceptivos orales?

¿Es usted alérgico a cualquiera de las siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílica
 Metal Látex Sulfonamidas Anestésicos Locales

Otras alergias: _____

¿Utilizas sustancias controladas? _____

¿Tiene o ha tenido, alguno de los siguientes?

Sangrado Anormal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca congénita <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problemas/enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de radiación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hemofilia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
SIDA/VIH Positivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicina de Cortisona <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diálisis Renal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B or C <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Drogadicción <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fácilmente venteada <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Alta Presión Arterial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Scarlet Fever/Escarlatina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El Herpes Zóster <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arthritis/Gout <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o Convulsiones <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Urticaria o erupción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Células Falciformes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula artificial del corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sed Excesiva <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hypoglycemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas De Sinus <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulación Artificial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos o Mareos <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Latido del Corazón irregular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Spina Bífida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asthma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos Frecuente <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problemas de Riñón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal, Intestinal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Autismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea Frecuente <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Leukemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuentes dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Baja Presión Arterial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tonsillitis/Amigdalitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Moretones fácilmente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Handicap/Discapacidad <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la Válvula Mitral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hay Fever/Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores o Crecimientos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque del Corazón/Falla <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dolor en uniones de la mandíbula <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulcera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Venérea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ampollas de Llagas/Fiebre frías <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos Cardíaco <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Hábitos Del Paciente

¿Con qué frecuencia el paciente se cepilla? _____ ¿Con qué frecuencia el paciente usa el hilo dental? _____

Fecha del último examen dental: _____ Dentista: _____ Teléfono: _____

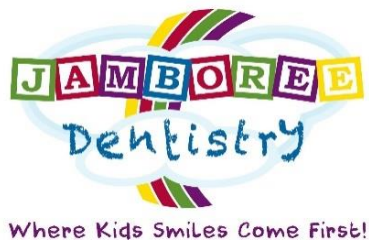
¿El paciente se: Chupa dedo pulgar/dedos Si No Chupar/ morder los labios Si No
 Muerde o mastica las uñas de los dedos Si No Moler los dientes Si No

Autorización y Liberación

Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo(a). A lo mejor de mi conocimiento se han respondido con precisión las preguntas en este formulario. Entiendo que debo informar a Jamboree dentistry de cualquier cambio en la situación médica de mi niño(a). Autorizo la dental y ortodoncia para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen dado a mi hijo a terceros pagadores o otros profesionales de la salud. Autorizo a mi compañía de seguros para pagar directamente al Jamboree dentistry prestaciones del seguro de lo contrario pagar a mí. Entiendo que si mi compañía de seguros puede pagar menos que el actual proyecto de ley por mis servicios y yo soy responsable de cualquier saldo pendiente de pago.

Firma del paciente o tutor _____

Fecha: _____



POLÍZA DE OFICINA DE SALA DE TRATAMIENTO

Guardián y atención primaria

Aplicamos que los padres, hermanos y amigos esperen en el vestíbulo principal, sala de espera o sala de cine durante el tiempo de tratamiento. Si tienes alguna pregunta o inquietud sobre el tratamiento de su hijo(a), por favor informar al personal de recepción y tome su asiento, y un asistente le llamara cuando estemos disponibles a discutir el tratamiento.

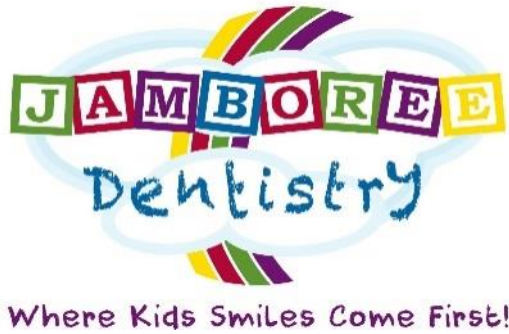
Por razones de privacidad no permitimos familiares y amigos a esperar con el paciente durante su tratamiento. Si esta es su primera visita inicial de niño(a), permitiremos que los padres entren en las salas de tratamiento. Por favor dirigir cualquier pregunta y preocupaciones sobre nuestra política de oficina a nuestro Manager de oficina.

Gracias por su cooperación.

Jamboree Dentistry

Reconozco que he recibido una copia de las políticas de Oficina de sala de tratamiento.

Paciente/padre nombre: _____ Fecha: _____



Notificación de prácticas de privacidad

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Yo, _____ he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de esta Oficina.

Imprima nombre

Firma

Fecha

Para uso de Oficina solamente

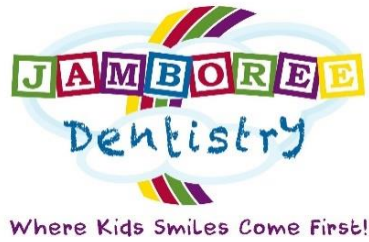
Hemos intentado obtener escrito acuse de recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

____ Individual se negó a firmar

____ Barreras en comunicaciones han impedido obtener reconocimiento

____ Una emergencia nos ha impedido obtener reconocimiento

____ Otra (Por favor de especificar)



Forma De Consentimiento De Medios Social / Lanzamiento De Las Fotos

Jamboree Dentistry en ocasiones toma fotos y videos de los pacientes para ser usados en nuestras oficinas, en la Jamboree Dentistry website, Facebook, letra de noticias y publicaciones relacionadas. Esta lista no es inclusiva, pero sirve para demostrar las situaciones en que pacientes pueden ser fotografiados o filmados.

Consiento que Jamboree Dentistry puede utilizar fotografías o videos de mi hijo(a), con mi consentimiento, con los objetivos arriba mencionados. Entiendo que estas imágenes o videos no serán utilizados para ningún otro propósito comercial y sólo los primeros nombres se utilizaran para referirse a los niños en cualquier plataforma.

_____ Doy mi consentimiento para mostrar la foto (s) o video (s) de mi niño (a) en asociación con Jamboree Dentistry eventos, funciones y publicaciones.

_____ Pido que mi foto (s) o video (s) no se muestra en asociación con Jamboree Dentistry eventos, funciones o publicaciones.

Paciente (s) Nombre Y apellido:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Yo, el abajo firmante, soy padre y /o el guarda legítimo del paciente notado en este documento, y quedan completamente en liberación y descarga con Jamboree Dentistry su propietario y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja en relación con lo anterior describen actividad independiente y todas las responsabilidades asociadas con cualquier y todo reclamo relacionado con dicha actividad que puede ser presentada en nombre de o para el menor mencionado anteriormente.

Nombre del padre/Guarda (Por favor Imprima): _____

Firma del padre/Guarda: _____

Fecha: _____