

# Smile Starters

General Dentistry for Youth  
first tooth through age 20

## Historial de la Salud

Nombre del Paciente: Nombre  Apellido

Fecha de nacimiento: mes  día  año

### **Historia Dental:**

A que debemos su visita hoy?

Cuando fué la ultima vez que el/la paciente fué al dentista?  6 meses  más de 6 meses  más de un año  
 nunca

El/la paciente tiene dolor dental en estos momento?  si  no

si respondió si, porfavor explique

Cuantas veces al dia se cepilla el/la paciente?  una vez al dia  dos veces al dia  algunas veces  nunca

Cuantas veces al dia el/la paciente usa hilo dental?  una vez al dia  dos veces al dia  algunas veces  nunca

### **El/La paciente tiene los siguientes habitos orales?**

Chuparse los dedos o un chupón  Morderse las uñas  Chuparse el labio  Morder   
Moliendo los dientes

El/la paciente está siendo alimentado(a) con leche materna?  si  no O con biberón?  si  no

El/la paciente a experimentado trauma o accidentes involucrando la cara o diente?  si  no

si respondió si, porfavor explique

### **Historia Medica:**

El/la paciente esta siendo tratado (a) por un especialista?   **si**  **no**

El/la paciente ha sido hospitalizado(a) o ha tenido operaciones?   **si**  **no**

El/la paciente ha tenido accidentes en la cabeza o el cuello?   **si**  **no**

El/la paciente tiene una dieta especial?   **si**  **no**

El/la paciente fuma?   **si**  **no**

El /la paciente usa sustancias controladas?   **si**  **no**

La paciente esta embarazada o tratando de estar embarazada? Si? Cuantas semanas?   **si**  **no**

Cuando fué su último examen fisico?  dentro de un año  más de un año  nunca

Favor de listar todos los medicamentos, pastillas, o drogas que este tomando actualmente

### **Favor de marcar la caja si el paciente es alergico a los siguientes:**

Aspirina  Penicilina  Codeina  Latex  Metal  Sulfa

### **El/la paciente tiene alguna alergia? Favor de listar?**

# Smile Starters

General Dentistry for Youth  
first tooth through age 20

## Historia de la Salud (Continuacion)

**El/la paciente tiene o ha tenido lo siguiente?**

	<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida/HIV Positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrar Excesivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacimiento Prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvula Artificial del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celulas Falciformes/Rasgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Hematologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Respiracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Oir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroide o glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsilitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho/Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes Labial/Ampollas de Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía Congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitaciones de uso de brazos y piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addicion de Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente sin aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastorno de Alimentacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Pulmon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**El/la paciente tiene alguna otra condición que no este en la lista anterior?**

**Comentarios:**

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del padre/Guardian legal**

**Smile Starters**  
General Dentistry for Youth  
first tooth through age 20

Querido Padre / Tutor,

Gracias por traer hoy a su hijo(a)(s) a nuestra oficina dental. La privacidad y seguridad de su información de salud es muy importante para nosotros. A su llegada, usted debería haber recibido una copia de nuestro "Aviso de Privacidad". Aunque nosotros no compartimos su información con otras agencias de mercadeo, si proveemos un servicio a nuestros pacientes para darles una llamada de recordatorio como cortesía y posiblemente otras llamadas importantes hechas en un mensaje previamente grabado.

Al firmar este documento, usted está afirmando que usted ha tenido la oportunidad de recibir el "Aviso de Privacidad" de Smile Starters. Una copia de nuestra "Aviso de Privacidad" está disponible en [www.smilestartersdental.com](http://www.smilestartersdental.com). Usted también está consintiendo que puede recibir mensajes previamente grabados a los números de teléfono (s) proporcionados a continuación para llamadas importantes y necesarias. Siga las instrucciones del mensaje para optar por no participar.

Una vez más, gracias por permitir a Smile Starters a ortorgarles sus servicios dentales,

Su Equipo de Smile Starters,

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de madre/padre/guardian legal: \_\_\_\_\_

Firma de madre/padre/guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero telefonico (hogar): \_\_\_\_\_

Numero Telefonico (celular): \_\_\_\_\_

# Smile Starters

General Dentistry for Youth  
first tooth through age 20

Bienvenidos a Smile Starters! Gracias por seleccionar nuestra oficina para el cuidado dental de su niño(a). Estamos comprometidos a darle excelente cuidado dental a nuestros pacientes. La siguiente información lo mantendrá al tanto de las pólizas financieras de nuestra oficina.

- **Beneficios del Seguro:** Con gusto le completamos y presentamos las facturas a su seguro dental. Haremos todos los esfuerzos para colectar el máximo de sus beneficios que nos permita su seguro dental. Sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Le recomendamos que lea su póliza cuidadosamente. Algunos o todos los servicios que nosotros ofrecemos pueden que no sean cubiertos por su seguro. Haremos lo mejor en otorgarles un estimado exacto, pero no podemos garantizar los pagos del seguro antes de presentar la factura. Cualquier balance restante después que el seguro pague debe de ser pagado por completo 10 días después que reciba la factura.
- **Pagos:** Nuestra póliza es colector PAGO POR COMPLETO el mismo día que se otorgue el servicio. Si los beneficios de el seguro aplican, co-pagos para el paciente y deducibles tiene que ser pagados el día del servicio a menos que usted haya hecho otro arreglo. Si tiene un segundo seguro tiene que otorgar esa información. Visa, Mastercard, efectivo, o cheques son aceptados. Todos los cheques serán procesados electrónicamente aunque sean recibidos en persona o por correo.
- **Servicios:** Para poder diagnosticar apropiadamente y tratar a nuestros pacientes, requerimos ayudas diagnósticas como radiografías y fotografías orales. Por favor entienda que cuando usted transfiere a su niño (a) a nuestra oficina de otro dentista, las radiografías recibidas pueden que no sean de la mejor calidad para poder diagnosticar apropiadamente. Por eso, debemos volver a tomarlas para poder tratar a usted o a su niño (a). Haremos todos los intentos para recibir pago de su compañía de seguro. Pero le mandaremos una factura por las ayudas diagnósticas necesarias tomadas si no son pagadas por la compañía de su seguro.

**He leído y estoy de acuerdo con las pólizas financieras de Smile Starters:**

X

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/Guardian legal**

Rafael Rivera Jr., DDS, PLLC

**Smile Starters**  
General Dentistry for Youth  
first tooth through age 20

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE LA  
INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE**

Por favor escriba los nombres de todos los niños que atienden esta clínica:


Si usted quisiera que otra persona tenga acceso a la información de salud del niño(a), o si alguien que no sea usted acompañe a su niño(a) a la clínica, por favor escriba los nombres de esas personas y la relación con el paciente en el espacio provisto abajo:


YO, \_\_\_\_\_, **AUTORIZO A LAS PERSONAS NOMBRADAS  
AQUI A TRAER A MIS NINOS A SUS CITAS DENTALES Y TOMAR LAS DECISIONES NECESARIAS  
EN CASO DE TRATAMIENTO Y EMERGENCIA.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardian legal

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardian legal

Rafael Rivera Jr., DDS, PLLC