



Bienvenido a Star Kids!

En Star Kids Estamos Comprometidos En Proveer Salud Oral De Calidad A Niños De Todas Las Edades Para Que Su Experiencia Dental Sea Segura, Divertida Y Confortable.

Su hijo/ hija

Seguro Social # _____ - _____ - _____ |

Nombre _____ Apodo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Hombre ____ Mujer ____ Que idioma prefiere su hijo/hija? _____ Con quien vive su hijo/hija? _____

Padre ____ Padrastro ____ Guardián ____ (Debe mostrar prueba de tutela) Padre con Tutela? ____ Sí ____ No

Estado Civil: Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Separado ____

Nombre _____ email _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____ Licencia de conducir # _____

Teléfono Casa # _____ Cell # _____ Tel. Trabajo # _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Marque aquí para **NO** recibir comunicación por email o texto de parte de Star Kids Pediatric Dentistry.

Madre ____ Madrastra ____ Guardián ____ (Debe mostrar prueba de tutela) Madre con Tutela? ____ Sí ____ No

Estado Civil: Soltera ____ Casada ____ Divorciada ____ Viuda ____ Separada ____

Nombre _____ email _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____ Licencia de conducir # _____

Teléfono Casa # _____ Cell # _____ Tel. Trabajo # _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Marque aquí para **NO** recibir comunicación por email o texto de parte de Star Kids Pediatric Dentistry.

En caso de una emergencia y que no podamos comunicarnos con usted, a quién debemos contactar?

Nombre: _____ Tel. # _____ Relación _____

Quien lo recomendó a nuestra oficina? _____

Seguro Dental Primario: TX Medicaid ____ TXCHIP ____ NM Medicaid ____ Otro _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

Tiene algún seguro Dental secundario? No ____ Si ____ cual: _____

Seguro Médico Primario: TX Medicaid ____ TXCHIP ____ NM Medicaid ____ Otro _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

Tiene algún seguro Médico secundario? No ____ Si ____ cual: _____

El pago completo es requerido en cada cita. Para su conveniencia aceptamos:

-Efectivo -Cheque personal -Tarjeta Débito/Crédito -Care Credit

Historia Médica **Nombre del Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Médico Pediatra del Niño/a _____ Tel. # _____

Médico Especialista del Niño/a _____ Tel. # _____

Su hijo(a) ha estado hospitalizado? _____ No _____ Si, explique _____

Tiene su hijo(a) un soplo cardiaco? _____ No _____ Si, explique _____

Esta su hijo/ hija bajo el cuidado de un medico? _____ No _____ Si, explique _____

Su hijo(a) sufre de alergias? _____ No _____ Si, explique _____

Ha tenido su hijo(a) una reacción desfavorable por medicamentos, antibióticos, o por anestesia local? _____ No _____ Si
Explique _____

Ha estado su hijo(a) bajo anestesia general? _____ No _____ Si, explique _____

Ha tenido su hijo(a) o alguien familiar problemas con anestesia general? _____ No _____ Si, explique _____

Esta su hijo(a) tomando algún medicamento? _____ No _____ Si Cuales: _____

Tiene su hijo(a) historial de problemas de desarrollo o comportamiento? _____ No _____ Si, explique _____

Que es el nivel intelectual de su hijo(a)? _____ arriba del promedio _____ promedio _____ debajo del promedio
_____ problemas de aprendizaje Grado Escolar _____

Esta su hija embarazada? _____ No _____ Si _____ N/A

Ha tenido o tiene su hijo(a) historia o dificultad con alguno de los siguientes?

___ SIDA	___ Sangrado Prolongado	___ Labio/Paladar Hendido	___ Corazón	___ Epilepsia/ Ataques
___ ADD/ADHD	___ Cáncer/Malignidad	___ Diabetes	___ Riñones	___ Tiroides
___ Asma	___ Parálisis Cerebral	___ Síndrome de Down	___ Hígado/Hepatitis	___ Tuberculosis
___ Autismo	___ Sinusitis Crónica	___ Oídos	___ Fiebre Reumática	

Otro _____

Historia Dental

Última visita al dentista: Fecha _____ Dentista _____ Servicios _____

Tiene su hijo(a) problemas dentales? _____ No _____ Si, explique _____

Se ha golpeado los dientes, boca o cabeza? _____ No _____ Si, explique _____

Su hijo padece alguno de los siguientes?

___ Tiene dolor ___ Inflamación ___ Problemas de Quijada ___ Bruxismo (Rechinar) ___ Dolores de cabeza

___ Usa Biberón ___ En Lactancia ___ Usa Chupón ___ Se chupa el dedo ___ Se muerde el labio ___ Se muerde las uñas

Su hijo(a) se cepilla los dientes diariamente? _____ Si _____ No Usa su hijo(a) hilo dental? _____ Si _____ No

Usa fluoruro en alguna forma? _____ No _____ Si, En que forma? _____

Cuál es la actitud de su hijo hacia los dentistas? _____

Desea un servicio dental completo para su hijo(a)? _____ Si _____ No, Explique _____

Autorización y Reconocimiento

Reconozco que todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que dar información incorrecta sería peligroso para la salud de mi hijo(a). Entiendo que si alguna vez hubiera cambios en la salud de mi hijo(a) o en los medicamentos, debo informar sin falta al doctor en la próxima visita. Yo autorizo al dentista y a sus asistentes de Star Kids Pediatric Dentistry a proveer cualquier tratamiento y hacer los procedimientos que se consideren necesarios.

_____ Yo autorizo al Doctor, Especialista y/o Dentista de mi hijo(a) mencionados arriba en esta forma a dar a Star Kids Pediatric Dentistry cualquier información necesaria durante el tratamiento de mi hijo(a).

_____ Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente al dentista los beneficios de mi póliza. Se me ha informado y entiendo que seré responsable de pagar cualquier balance en mi cuenta.

_____ Yo entiendo que toda la información médica y rayos X tomados en esta oficina o cualquier otra oficina, pagados o no pagados por la persona que firma abajo, deben ser parte del record profesional del Doctor y solo el Doctor puede disponer y controlar estos documentos.

_____ Yo autorizo a los doctores el uso de fotografías, radiografías, otros materiales diagnósticos y/o la historia clínica, para propósitos de enseñar, investigaciones o publicaciones científicas.

Firma

Fecha

Testigo