



GABLES
EXCEPTIONAL
DENTISTRY

BIENVENIDO

Fecha: _____

SU NIÑO

Nombre _____ Apodo _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____ S.S No. _____

No. Celular _____ Otro# _____

E-mail _____

PERSONA RESPONSABLE: MADRE MADRASTRA PADRE PADRASTRO GUARDIAN LEGAL

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Co Postal _____

No. S.S. _____ No. Casa _____ No. Celular _____

No. Trabajo _____ Otro No. _____

E-mail _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Co Postal _____

Estado Civil de los Padres: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

¿Quién se hace responsable de hacer las citas? Nombre: _____

¿Mejor hora para llamar? _____

¿Mejor número para comunicarnos con usted? _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre _____ Relación _____

No. Casa _____ No. Celular _____

No. Trabajo _____ Otro No. _____

Persona que lo/la refirió a nuestra oficina _____



HISTORIA DENTAL

Su hijo/a:

- | | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
| Chupa dedo/tete | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Rechina sus dientes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Chupa/muerde sus labios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Apreita la quijada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Muerde/come las uñas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Muerde objetos duros | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Toma en botella | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tiene encías sangrantes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día? ____ | | ¿Utiliza el hilo dental? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Nombre de su último dentista _____ | | Fecha de su última cita _____ | |
| Ha tenido su hijo/a dificultad con otras visitas dentales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |

HISTORIA MEDICA

Nombre de su médico _____ Teléfono _____
Fecha de su última cita _____ Nombre y número de cirugías previas _____
Medicamento que está tomando _____

Tiene su hijo o ha tenido alguna vez:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Problema cardíaco | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problema en la Tiroide | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis o Ictericia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ataques, Convulsiones o Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Presión alta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Venereas. SIDA, HIV, ARC | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asma Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de Esteroides | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Estomacales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cancer, Quimoterapia o Tratamiento Radioactivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del Riñón o Orinando | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Usa sustancias reguladas o alcohol | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Alergia o reacción a medicamentos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Inesperadamente sangra o se le hacen morados | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Está embarazada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Alguna otra enfermedad o condición no mencionada _____

Mencione todas las alergias _____

ESTIMADOS PADRES/PACIENTES:

Bienvenidos a nuestra práctica. Es nuestra meta, proveerle a todos y a cada uno de nuestros pacientes un cuidado excelente. Para poder brindarle la misma atención personal a cada uno de ustedes, hay ciertas reglas que ustedes deben entender y estar de acuerdo en seguir:

- **Mantener sus citas.** Si usted no viene o llega pasados 10 minutos de su cita en más de dos ocasiones, usted recibirá una copia de esta carta recordándole este acuerdo. Si sucede una tercera vez, no podrá seguir siendo paciente de esta oficina, y será referido a otro dentista. Nosotros tratamos de recordarle sus citas; pero es su responsabilidad.
- **Notificar si quiere cambiar o cancelar su cita.** Cualquier cambio y/o cancelación ha de ser solicitada con, por lo menos, 48 horas de anticipación.
- **Participar en la higiene de su hijo/a.** Muchas de las enfermedades dentales que nosotros tratamos se pueden evitar. Queremos enseñarles como mantener a usted y a su hijo/a saludable. Cada vez que ustedes vengan para limpieza, les daremos instrucciones para mantener una higiene buccal saludable.
- **Entender que algunos problemas dentales no se resuelven al momento.** Pacientes con muchos empastes o restauraciones grandes, a menudo surgen con nuevas caries y tratamiento adicional es requerido.

Usted autoriza y da permiso a la Dra. Amador a manejar el comportamiento de su hijo/a, de la manera que sea necesario y haciendo uso de las siguientes medidas si fuesen necesarias:

- | | |
|--|---|
| 1. Oxido Nitroso (gas de la risa) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Demostrando y diciendo lo que vamos a hacer (explicándole el tratamiento) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. Controlando la voz (haberle firme cuando sea necesario) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. Manos sobre la boca (ponerle los dedos suavemente sobre sus labios cuando esta histérico(a) para establecer una mejor comunicación) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 5. Aguantando las manos (aguantar suavemente sus manos cuando este histérico(a) para establecer una mejor comunicación) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Nos place darle la bienvenida a su familia para que forme parte de la nuestra, y esperamos mantener una relación saludable por muchos años para el beneficio mutuo.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con todo lo de arriba mencionado.

Firma: _____ Fecha: _____

Yo certifico que la información proporcionada anteriormente es real y completa. Cualquier omisión o error pudiera llevar a una posible complicación en la salud o tratamiento.

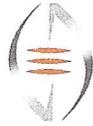
Fecha: _____ Firma: _____

He revisado todos los datos anteriores y certifico que continúan siendo correctos.

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____



**HIPAA
Acknowledgement of Receipt of Notice of Private Practices**

The undersigned acknowledges receipt of a copy of current effective Notice of Privacy for Gables Exceptional Dentistry. A copy of this signed and dated acknowledgment shall be effective as original.

Please print your full name. A signature will be requested when you arrive for your appointment.

[Empty box for patient name]

If you are the legal representative of the patient, please print the patient's name and describe your authority or relationship to patient:

[Empty box for legal representative information]

Patient/ Parent/Guarantor Signature: _____ Date: _____

CONSENT TO TREATMENT/TRUTH IN LEADING DISCLOSURE

I, the undersigned, do consent to dental examination, diagnosis, and treatment for myself or child _____ by Mirtha Amador, DMD and her trained professional staff. I consent to the transfer of my previous dental records to my doctor from any previous provider(s). This consent includes the use of local anesthetic agents, the exposure of dental x-rays, and the insertion of restorative and prosthetic materials into the mouth and teeth. I understand that the usefulness and longevity of any dental treatment or restoration is extremely variable and individual.

I understand that my proposed treatment may change according to changing conditions in my mouth.

A fee of \$40 will be charged to my account for any missed or cancelled appointment(s) unless changes are made with more than 48 hours notice. I am aware of a \$30 return check fee and a 1.5% per month interest incurred on any balance over 30 days.

Financial arrangements must be made in advance of any treatment. I understand that I am financially responsible for treatment regardless of insurance benefits or denials.

I, THE UNDERSIGNED agree, whether I sign as patient, parent, spouse, guarantor or guardian, that in consideration of the services to be rendered to the patient, I hereby individually obligate myself to pay the account. Should the account be rendered to the attorney for collections, I authorize an attorney to obtain my credit report; and I, the undersigned, will be responsible for of all costs and expenses, including all attorney and collections agency costs.

I agree and consent to all the above and understand that I may receive a copy of this statement.

Please print:

Patient's Name: _____

Relationship to Patient: _____

Social Security No.: _____

Patient/Parent/Guarantor Signature: _____ Date: _____