****

**Paciente Registración y**

**Información Responsable**

Nombre del paciente(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: Hombre o Mujer

Dirección (*Ciudad, estado, código postal*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del contacto de emergencia, el número, la relación (no mamá o papá)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Los padres (o tutores):** Soltero\_\_\_\_\_\_\_\_ Casado\_\_\_\_\_\_\_\_ Divorciado\_\_\_\_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de **la Madre** o Tutor Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del **Padre** o Tutor Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable de la cuenta, si es diferente del anterior**

 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N º de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información sobre Seguros**

Nombre de Seguro Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo #:. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padre / Tutor Legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TÉCNICAS DE GESTIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER**

**Técnicas de manejo del paciente**

Nuestra intención es proporcionar la más alta calidad de la atención para su hijo. A veces proporcionar este tipo de atención puede ser muy difícil. Esto suele ocurrir debido a la falta de cooperación de algunos niños (esto es muy normal). Ciertas formas de comportamiento puede interferir con el trabajo que se realiza y puede incluso convertirse en un riesgo de lesiones para el niño. Algunos de estos comportamientos son: hiperactividad, movimientos de resistencia, negándose a abrir la boca o mantenerla abierta el tiempo suficiente para llevar a cabo el tratamiento necesario, y la resistencia incluso agresivo o físico para el tratamiento, como patear, gritar, y tomados de las manos del dentista o afilados instrumentos dentales. Para que la experiencia sea mejor para su hijo, y en un intento de realizar el trabajo necesario sin lesiones, tenemos una serie de técnicas que podemos utilizar para obtener la cooperación de una manera suave. Estos métodos se pueden usar individualmente, o en combinación dependiendo de la conducta. Las técnicas de gestión que pueden utilizar son los siguientes:

• **Decir-Mostrar-Hacer:** El dentista o el asistente le explica al niño lo que debe hacer utilizando terminología simple y repeticiones y luego muestra al niño lo que se debe hacer mediante la demostración de los instrumentos en un modelo o los dedos del niño o del dentista. Entonces el procedimiento se realiza en la boca del niño, como se describe. La alabanza es utilizada para reforzar el comportamiento cooperativo.

• **Refuerzo Positivo:** Esta técnica premia al niño que muestra cualquier comportamiento, lo que es deseable. Las recompensas incluyen elogios, elogios, una palmadita en la espalda, un premio, u otras medidas adecuadas.

• **Control de Voz:** La atención de un niño disruptivo se obtiene cambiando el tono o el aumento del volumen de la voz del dentista. El contenido de la conversación es menos importante que la naturaleza brusca o repentina de la orden.

• **Boca** **Objetos:** Un dispositivo de caucho o de plástico se coloca en la boca del niño para evitar que se cierre cuando un niño se niega o tiene dificultad manteniendo la boca abierta.

• **Restricción Física por el dentista y / o personal:** El dentista y / o personal restringe al niño de movimiento presionando las manos del niño o parte superior del cuerpo, la estabilización de la cabeza del niño entre el brazo del dentista o el cuerpo, o la colocación del niño firmemente en la silla dental.

**• Papoose Boards**: Este dispositivo de retención está destinada a limitar los movimientos del niño disruptivo para evitar lesiones y para que el dentista para proporcionar el tratamiento necesario. El niño se envuelve en este dispositivo y se coloca en una silla reclinable dental.

•**Participación de los Padres:** A menudo tienen padres acompañen a sus hijos durante el tratamiento. Puede ser reconfortante para el niño tener una cara familiar en la sala de tratamiento. A veces un padre puede pedir que salgan de la consulta, si el niño no quiere cooperar. Nos encanta que los padres tengan una voz activa en las visitas de sus hijos dentales.

• **Óxido nitroso:** A menudo se utiliza en la mayoría de los procedimientos para relajar al niño y ayudar al médico a realizar un trabajo dental necesario de una manera segura y ayudar a que el niño tenga un buen recuerdo de la dentista.

• **La sedación oral:** El niño viene a nuestra oficina de un cierto período de tiempo antes de su nombramiento, y nuestro personal administra sedantes orales para calmar al niño antes de comenzar el tratamiento. Este método a menudo le da al niño una buena experiencia en nuestra oficina y podría ayudarles a recordar menos de la experiencia.

• **Intravenosa (IV) Sedación:** El dentista realiza un trabajo mientras el dentista o anestesista administra vía intravenosa para sedar al niño durante todo el procedimiento.

• **Anestesia General:** El dentista realiza un trabajo en un hospital o centro quirúrgico mientras que un anestesiólogo administra un general anestésico. Esto se suele hacer cuando un niño tiene problemas múltiples y es joven, o existen necesidades especiales.

**Consentimiento para proceder**

Yo autorizo ​​a Dr. Adam Shepherd y / o sus asociados o asistentes para llevar a cabo los procedimientos que sean necesarios o convenientes para mantener la salud dental de mis dependientes u otras personas por quienes tienen la responsabilidad. Esto puede incluir la administración de cualquier agente farmacéutico sedante (s) (incluyendo óxido nitroso), terapéutico analgésico, y / o otro (s).

Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a: hematoma contusiones, la estimulación cardiaca, dolor muscular, y entumecimiento temporal o permanente raramente. Entiendo que de vez en cuando las agujas se rompen y pueden requerir la recuperación quirúrgica.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y odontología básica, incluidos los rellenos de todo tipo, los dientes pueden quedar sensibles o incluso, posiblemente, muy doloroso, tanto durante como después de la finalización del tratamiento. Después de las citas largas, músculos de la mandíbula también puede presentar dolor o sensibilidad. Encías y los tejidos circundantes también pueden ser sensibles o dolorosas durante y / o después del tratamiento. Aunque poco frecuente, es posible que la lengua, tejidos orales mejilla u otros para ser inadvertidamente abrasión o lacerado (corte) durante procedimientos dentales de rutina. En algunos casos, las suturas o el tratamiento adicional puede ser requerido.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, artículos, incluyendo, pero no limitado a, coronas, pequeños instrumentos dentales, componentes de perforación, etc. Puede ser aspirado (inhalado en el sistema respiratorio) o se ingiere. Esta situación inusual puede requerir una serie de rayos X para tomar por un médico u hospital y, en casos raros, requieren un broncoscopio u otros procedimientos para asegurar la eliminación segura.

Yo voluntariamente asumo todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de daño sustancial y grave, en su caso, que pueden estar asociados con los procedimientos generales de tratamiento preventivo y operativo con la esperanza de obtener los resultados deseados posibles, que pueden o no pueden ser alcanzados, para el beneficio del paciente (s). Reconozco que la naturaleza y la finalidad de los procedimientos anteriores han explicado a mí y me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

**He leído las técnicas de gestión de pacientes, que aparecen por encima y entenderlos. Por la presente autorizo ​​e instruyo Dr. Adam Shepherd y personal para utilizar las técnicas de manejo del paciente antes mencionados para ayudar en la prestación del tratamiento dental necesario para que mi hijo / hijos (o pupilo). Además, reconozco que he leído y entiendo el consentimiento para proceder. También entiendo que tengo el derecho de recibir respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el curso del tratamiento de mi hijo, y que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea terminado por mí mismo**.

Nombres del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**Politicas Financieras, Seguro Dental, Oficina, y Contacto**

**Financiero**\_\_\_\_\_ (Marque con sus iniciales que está de acuerdo con las políticas de esta sección)

Acuerdo a pagar las tarifas cargadas de los servicios dentales proporcionados por el dentista o su cesionario cuando se lleven a cabo los servicios. Un cargo adicional de 1.5 % al mes (18% anualmente) será cargado a mi cuenta si no se ha pagado después de sesenta (60) días a partir de la fecha de servicio a menos que se hayan hecho otros acuerdos financieros. Si aún existe un balance en mi cuenta por más de noventa (90) días, la cuenta será transferida a una agencia de colección. Acuerdo a pagar el balance restante más tarifas razonables del abogado, coste de corte y una tarifa de colección de 40% si es que el pago por completo y las cargas contraídas no se hacen. Doy permiso que se de mi información personal referente a mi cuenta, incluyendo cargos, pagos hechos, y cargas adquiridas de intereses evaluadas, etc. a la agencia de colección del dentista o abogado de la colección si los procedimientos de colección llegasen a ser necesarios. Este nuevo acuerdo remplaza todos los anteriores acuerdos firmados incluyendo cualquiera y toda mediación o acuerdos de mediación/arbitraje firmados antes relacionados con acuerdos financieros es nulo y sin efecto.

**Seguro** \_\_\_\_\_ (Marque con sus iniciales que está de acuerdo con las políticas de esta sección)

Su información de seguro se debe verificar antes de los servicios dentales que serán proporcionados. Se le pide que considere que algunos, y quizás todos, los servicios proporcionados puede que no sean cubiertos por su seguro.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Todas las cargas financieras son su responsabilidad si es que su seguro paga o no. Recuerde que es al final, es usted, no su seguro el responsable del pago de los servicios recibidos en nuestra oficina. Nosotros solamente podemos estimar su obligación financiera por los servicios recibidos. Si su seguro paga diferente de lo que hemos estimado usted entonces es responsable del pago de aquello que su compañía no cubre. Si por cualquier motivo su seguro no paga, usted entonces se hace responsable del pago del servicio. En caso que aceptemos los beneficios  ofrecidos por su compañía de seguro, pero su compañía de seguro no ha pagado su parte por completo en el plazo de 45 días entonces será su responsabilidad y deberá ser pagado inmediatamente.

Autorizo al dentista o sus personas designadas a dar mi información financiera personal sobre tratamientos y sus descripciones electrónicamente, vía fax, o en la forma de papel a mi seguranza o cualquier otra entidad que requiera que tal información se presente.

**Oficina**   \_\_\_\_\_ (Marque con sus iniciales que está de acuerdo con las políticas de esta sección)

Entiendo que las citas son un acuerdo y soy responsable de acudir a todas las citas previstas. Si por algún motivo soy incapaz de acudir a una cita tengo que avisar a la oficina con al menos 24-48 horas de anticipación (según el tipo de cita). Cualquier cita perdida incurrirá en honorarios de $25. El centro quirúrgico y las citas de sedación que se pierdan incurrirán en honorarios de hasta $100. También entiendo que si llego tarde a una cita  puede que deba reprogramarla para un día diferente. Soy consciente de que si no vengo a la cita se me cobraran los honorarios de citas perdidas. Entiendo y consiento a pagar esos honorarios si no aviso con tiempo anticipado.

**Contacto**  \_\_\_\_ (Marque con sus iniciales que está de acuerdo con las políticas de esta sección)

Por este medio consiento que se me sea contactado por teléfono a el número de teléfono (inclusive número de teléfono celular) proporcionados por mi o por cualquier persona asociada con migo o actuando en mi parte a Pediatric Smiles  o cualquiera que lo represente. Entiendo y estoy de acuerdo que tales llamadas pueden ser iniciadas por Pediatric Smiles o cualquiera de sus afiliados, agentes, contratistas, o incluso, pero no limitada a compañías encargadas de facturas y agencias de colección de cobros de terceros. Sé que los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados/artificiales y que pueden usar un dispositivo de marcación automático, también como el uso de mensajes de texto- unos o todos los cual podrían causar gastos telefónicos. También consiento en recibir correos electrónicos con la dirección electrónica que he se ha proporcionado por mi o por cualquier persona asociada con migo o actuando por mí. Consiento en cada uno de estos métodos de contacto para que se me sea contactado/informado sobre citas, asuntos financieros, entre otros asuntos diversos de importancia.

Políticas de Privacidad HIPPA (Acuerdo de haber recibido las Políticas de Privacidad de la Oficina)

* Acepto la política de privacidad de la oficina
* He leído la política de privacidad de la oficina pero rehúso  a fírmala
* Autorizo que se dé información a mis familiares, aunque no tengan custodia de mi hijo/hija.

He leído las Políticas Financieras, de Seguro, Oficina, y Contacto. Entiendo, consiento y sostengo mi s responsabilidades antes mencionadas. También he leído y recibido una copia de la política de privacidad HIPPA.

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Firma de Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niños: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**Historia Medica y Dental**

Nombre completo del niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: M F Lugar de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuáles son los intereses de su hijo(a)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y edades de los hermanos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es su hijo adoptado? Si No Si es así, el niño(a) lo sabe? Sí No

Pediatra del niño(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dentista de la familia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A qué escuela asiste su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

**Ha tenido alguna vez el niño(a) algo de lo siguiente? (Encierre en un círculo Si o No)**

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

ADD/ADHD Yes / No

SIDA (VIH) Yes / No

Anemia/Problemas

Sanguíneos

Artritis Yes / No

Asma Yes / No

Autismo Yes / No

Mojar la cama Yes / No

Problemas de sangrado Yes / No

Parálisis Cerebral Yes / No

Varicela Yes / No

Labio leporino o

Paladar hendido Yes / No

Herpes labial Yes / No

Diabetes Yes / No

Síndrome de Down Yes / No

Problemas emocionales Yes / No

Problemas oculares Yes / N

Problemas auditivos Yes / No

Soplo cardiaco

Problemas cardiacos Yes / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Si / No

Hepatitis A, B, o C Presión alta

Hiperactividad Yes / No

Problemas renales Yes / No

Discapacidad de

Aprendizaje Yes / No

Problemas de Hígado Yes /

Sarampión/ Paperas Yes / No

Retraso Mental Yes / No

Prolapso de la válvula

Mitral

Problemas Psiquiátricos

Discapacidad Física Yes / No

Fiebre Reumática Yes / No

Problemas del habla Yes / No

Ataques de Epilepsia Yes / No

Enfermedad de células

Falciformes

Problemas de tiroides Yes / No

Protrusión lingual Yes / No

Tuberculosis Yes / No

Tumores/Cáncer Yes / No

Ictericia

Otros problemas médicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor explique los problemas más extensamente, si es necesario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) alguna reacción desfavorable a medicamentos, antibióticos o anestésicos? S / N

Está tomando su hijo alguna medicina actualmente? S/ N

Haga una lista:1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta su hijo(a) tomando flúor suplementario? S/ N

Si es así, como? Tabletas, gotas, agua, vitaminas (Encierre en un círculo)

Tiene su hijo(a) algún problema respiratorio? S /N

Su hijo(a) respira mayormente por la nariz o por la boca? (Encierre en un círculo)

Su hijo(a) ronca? S/N

**HABITOS**

Tiene su hijo alguno de los siguientes hábitos?

Chuparse el dedo S/ N Uso de Chupón S/ N Morderse las uñas S/ N Chupar o morderse el labio S/ N

Morder objetos duros S/ N Rechinar los dientes S/ N

Ha usado su hijo(a) biberón? S/ N Si es así, hasta cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su hijo(a) usa biberón actualmente? S/ N

Si es así, cuan seguido durante el día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usa su hijo(a) biberón en la noche? S/ N Que pone usted en el biberón?

Su hijo está lactando actualmente? S/ N

**HISTORIA DENTAL FAMILIAR** *(Encierre en un círculo uno de los padres)*

Han tenido la madre o el padre muchas caries? S / N Han tenido la madre o el padre tratamiento de ortodoncia? S / N

Sufren la madre o el padre de enfermedad periodontal? S / N Tienen el padre o la madre problemas de ATM (articulación tempo mandibular)? S / N

**HISTORIA DENTAL DEL NINO(A)**

A qué edad tuvo su hijo(a) su primer diente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha visitado su hijo(a) a un dentista pediátrico antes? S / N

Si es así, en que año y mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Donde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) experiencias desfavorables en alguna oficina dental o medica? S / N

Tiene su hijo(a) algún problema dental actualmente? S / N

Si es así por favor explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuantas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Usted le ayuda? S / N A veces

Cuan seguido usa su hijo(a) hilo dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Usted le ayuda? S / N A veces

Cuál cree que será la reacción de su hijo(a) hacia el dentista?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuál es el propósito de la visita de hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Según mi leal saber y entender las preguntas anteriores han sido respondidas correctamente.**

Firma del padre o tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_