



## Richmond Pediatric Dentistry and Orthodontics

(804)741-2226

www.RPDO.com

2560 Gaskins Road, Richmond, VA 23238

7521 Right Flank Road, Suite 110, Mechanicsville, VA 23116

12270 West Broad Street, Richmond, VA 23233

Christopher L. Maestrello, D.D.S.

William O. Dahlke, D.M.D.

Raymonia A. Eddleton, D.D.S.

Jasmine Chopra, D.D.S.

Sarah Yi, D.D.S.

### INFORMACIÓN Y HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO

#### EXAMEN INICIAL

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

(Nombre que prefiere el niño)

DIRECCIÓN DEL NIÑO \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO PREFERIDO DE CONTACTO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

PASATIEMPOS Y INTERESES \_\_\_\_\_ GÉNERO M / F

NOMBRES DE HERMANOS Y HERMANAS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL GUARDIÁN \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA CASA \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NRO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO LABORAL (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL GUARDIÁN \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA CASA \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NRO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO LABORAL (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE UN AMIGO O VECINO AL QUE SE PUEDA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

PLAN DE SEGURO DENTAL (SI TIENE) \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_

NRO. DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ NRO. DE GRUPO \_\_\_\_\_

#### ¿COMO SUPO DE NOSOTROS?

☐ Pediatra \_\_\_\_\_

☐ Dentista \_\_\_\_\_

☐ Departamento de salud \_\_\_\_\_

☐ Compañía de seguros

☐ Publicidad

☐ Internet

☐ Familia/Amigo \_\_\_\_\_

☐ Sitio Web \_\_\_\_\_

☐ Otro \_\_\_\_\_

¡Bienvenido! ¡Tómese unos momentos para contarnos un poco acerca de su hijo para que podamos ayudar a brindarle el mejor cuidado posible!

## HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO \_\_\_\_\_ EDAD DEL NIÑO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO ( ) \_\_\_\_\_

SI	NO	SI	NO	SI	NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alergia a la penicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Transfusión de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Problemas renales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alergias a otros fármacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Leucemia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alergias a anestésicos locales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Parálisis cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Problemas del hígado, hepatitis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alergias al látex, metales o acrílicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Quimioterapia/Radiación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Discapacidad mental o física
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Soplo cardíaco, cardiopatía o cirugía cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abuso infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nacimiento prematuro
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> SIDA - VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Retraso en el desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Fiebre reumática
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Anemia o problemas de la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Dificultades emocionales/Atención psiquiátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Anemia falciforme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nerviosismo extremo o aprensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Síndrome _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Problemas oculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Trastornos tiroideos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Epilepsia, ataques epilépticos, convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Fiebre del heno, problemas sinusales, alergias generales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Amigdalitis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Autismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Problemas de audición/habla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Tuberculosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Defectos congénitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hiperactividad (ADD (Trastorno por déficit de atención)/ADHD (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Úlcera o colitis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Trastornos hemorrágicos: Hemofilia			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Otro _____

Medicamentos

Hospitalizaciones: Edad y motivo

### ANTECEDENTES DENTALES

¿TIENE SU HIJO ALGÚN PROBLEMA DENTAL EN ESTE MOMENTO?

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DENTAL \_\_\_\_\_ ALGUNA EXPERIENCIA DENTAL DESFAVORABLE ☐ SÍ ☐ NO

EXPLIQUE

EL NIÑO TIENE O UTILIZA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES - INDICAR CON UN (✓)

<input type="radio"/> Lesión traumática en la boca o los dientes	<input type="radio"/> Dolor alrededor de la oreja	<input type="radio"/> Frecuencia de cepillado por parte del niño ____ /día
<input type="radio"/> Sangrado de encías, cuánto tiempo _____	<input type="radio"/> Mal aliento	<input type="radio"/> Frecuencia de cepillado por parte del padre ____ /día
<input type="radio"/> Acción de apretar o rechinar los dientes	<input type="radio"/> Tratamiento de ortodoncia	<input type="radio"/> Hilo dental
<input type="radio"/> Hinchazón o bultos en la boca	<input type="radio"/> Respiración por la boca	<input type="radio"/> Suplementos de flúor
<input type="radio"/> Ampollas frecuentes en los labios o la boca	<input type="radio"/> Hábitos orales; chuparse el dedo, morderse las uñas o las mejillas, etc.	<input type="radio"/> Meriendas
<input type="radio"/> Dientes sensibles al frío, calor, dulces o a la presión		<input type="radio"/> Dieta bien balanceada

**CITAS:** Tenga cuenta que hemos reservado un momento especialmente para su hijo. Si por alguna razón debe cancelar la cita de su hijo, esperamos que nos avise con 48 horas de anticipación (no se incluyen fines de semana). Se aplicará un cargo por citas fallidas o canceladas sin un aviso previo de 48 horas (no se incluyen fines de semana). Esta tarifa cubre solo una parte del gasto asociado con el tiempo reservado para su hijo. El incumplimiento de esta política puede dar como resultado el despido de su familia de la práctica.

**SEGURO:** Para evitar malentendidos con respecto al seguro dental, deseamos que las personas responsables sepan que todos los servicios profesionales prestados se les cobran a ellos y que son personalmente responsables del pago de las tarifas. Como cortesía, prepararemos los formularios o informes necesarios para ayudar a las personas responsables a obtener beneficios de las compañías de seguros. Cualquier pregunta relacionada con los beneficios del seguro debe dirigirse al representante de la compañía de seguros o a la oficina de beneficios. El deducible o copago se espera al momento del servicio. No prestamos nuestros servicios en virtud de que las compañías de seguro pagarán todas nuestras tarifas. Cada tarifa es individual para el paciente individual.

**CUENTAS:** Todos los servicios se prestan bajo el supuesto de que el pago se espera al momento del servicio. Todos los saldos de cuenta no pagados después de 30 días se acreditarán con un gasto de tramitación mensual del 2% (tasa de porcentaje anual del 24%). En caso de que sea necesario buscar recursos de cobranza debido a incumplimiento o retraso en el pago, todas las tarifas razonables de abogados y otros costos de cobro serán adicionales al saldo de la cuenta existente.

**CONSENTIMIENTO:** Christopher L. Maestrello, D.D.S., William O. Dahlke, D.M.D., Raymonia A. Eddleton, D.D.S., Jasmine Chopra, D.D.S., Sarah Yi, D.D.S., sus asociados o su personal están autorizados a llevar a cabo dicha asistencia dental y tratamientos quirúrgicos o médicos relacionados según se considere necesario y todos los riesgos y tratamientos se explicarán según sea necesario.

He leído la información anterior y, a mi leal saber y entender, la información es correcta.

He revisado el plan de tratamiento y las tarifas. Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y materiales que mi plan de beneficios dentales no pague, a menos que el dentista tratante o el consultorio odontológico tengan un acuerdo contractual con mi plan que prohíba la totalidad o parte de dichos cargos. En la medida permitida por la ley aplicable, autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento de mi hijo.

Por la presente, autorizo el pago de los beneficios dentales que de lo contrario se pagarían directamente a Richmond Pediatric Dentistry and Orthodontics.

FIRMA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
PADRE O TUTOR



# **RICHMOND PEDIATRIC DENTISTRY & ORTHODONTICS**

## **CONSENTIMIENTO DE HIPAA Aviso de prácticas de privacidad**

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

HIPAA es una ley federal creada para proveer la protección de tu información de salud. El objetivo del Aviso de prácticas de privacidad es para explicar cómo Richmond Pediatric Dentistry and Orthodontics puede usar o revelar tu información de salud. El aviso también explica los derechos que estás garantizado bajo las regulaciones de HIPAA. Aunque nosotros siempre hemos tomado gran cuidado en proteger la integridad y privacidad de tu información de cuidado de salud, HIPAA requiere distribuir este aviso y obtener reconocimiento de que has recibido el aviso. Al firmar abajo, indica que has leído el Aviso de prácticas de privacidad.

Yo, por este medio, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Richmond Pediatric Dentistry and Orthodontics. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Guardián)

Información médica puede ser compartido, obtenido o intercambiado verbalmente o escrito con:

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

Por favor, apunta un contacto de emergencia abajo en el evento que no nos podemos comunicar contigo:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Todos los servicios profesionales serán cobrados a la responsabilidad del paciente. Las cuotas, a pesar de la cobertura del seguro, son la responsabilidad al que le corresponde. Yo entiendo, al firmar, autorizo compartir mi información al asegurador.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha