



David M. Treff, DDS
 5284 Lyngate Court •Burke, VA, 22015
 703-712-8077 Office •703-562-0812 Fax
www.PediatricDentistryofBurke.com

Historial Medico

Nombre Completo del Nino o Nina: _____ Nombre preferido: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/____

Sexo: M F Raza/: _____ Estatura: ____ Peso: _____ Fecha de ultimo fisico: _____

Nombre y teléfono de Pediatra: _____

Nombre y teléfono de Especialista: _____

Su hijo/a esta viendo al medicado por alguna razón o enfermedad? Razón? _____ SI NO Su

hijo/a esta tomando algún medicamento (recetado o sin receta medica), vitaminas, o suplementos? SI NO

Nombre de medicina, dosis, frecuencia & día que empezó: _____

Su hijo/a a sido hospitalizado, tenido cirugía o un trauma significativo, o estado en la sala de emergencia alguna vez? SI NO

Fecha & porque: _____

Su hijo/a a tenido alguna reacción a algún anestésico en el pasado? Describa _____ SI NO Su

hijo/a a tenido alguna reacción alérgica algún antibiótico, sedativo, o otro medicamento? Liste _____ SI NO Es

el niño alérgico al látex o cualquier otra cosa, como los metales, acrílico, o tinte? Liste _____ SI NO Es

el niño al día con las vacunas contra las enfermedades infantiles? SI NO

Marque SÍ si su hijo tiene un historial de las siguientes condiciones. Para "Sí", proporcione detalles en el cuadro en la parte inferior de la lista. Marque NO después de cada línea si ninguna de esas condiciones se aplica a su hijo.

complicaciones antes o durante el nacimiento, prematuro, defectos de nacimiento, síndrome o enfermedad hereditarias.. SI NO

Problemas con el crecimiento o el desarrollo fisico SI NO

Sinusitis crónica, adenoides infecciones de amígdalas SI NO

Apnea del sueño / ronquidos, respiración por la boca, náuseas o excesiva SI NO

Defecto congénito del corazón / enfermedad, soplo en el corazón, la fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática. SI NO

Latido irregular del corazón o presión arterial alta SI NO

Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias, o problemas respiratorios SI NO

La fibrosis quística SI NO

Resfriados frecuentes o la tos, o neumonía SI NO

La exposición frecuente al humo de tabaco..... SI NO

Problemas de ictericia, hepatitis, o hepáticos SI NO

Enfermedad de reflujo ácido gastroesofágico, úlcera de estómago o problemas intestinales SI NO

Intolerancia a la lactosa, alergias a los alimentos, las deficiencias nutricionales, o restricciones en la dieta..... SI NO

La diarrea prolongada, pérdida de peso involuntaria, las preocupaciones con peso, o trastorno de la alimentación SI NO

La vejiga o problemas renales SI NO

Artritis, escoliosis, el uso limitado de los brazos o piernas, músculo / hueso / problemas en las articulaciones SI NO

Erupción / urticaria, eczema o problemas de la piel SI NO

Deterioro de la visión, la audición o el habla SI NO

Trastornos en el desarrollo, problemas de aprendizaje / retraso o discapacidad intelectual SI NO

Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones / ataques SI NO

Autismo Trastorno del espectro autista SI NO

Recurrentes o frecuentes dolores de cabeza / migrañas, desmayos o mareos SI NO

Hidrocefalia o la colocación de una derivación (ventriculoperitoneal, ventriculoatrial, ventriculovenous)..... SI NO

Déficit de atención / hiperactividad (ADD / ADHD)..... SI NO

- Conductual, emocional, comunicación, o problemas psiquiátricos / tratamiento SI NO
- Abuso (físico, psicológico, emocional, o sexual) o negligencia SI NO
- betes, hiperglucemia, hipoglucemia SI NO
- La pubertad precoz o problemas hormonales SI NO
- Problemas de la Tiroides o pituitaria SI NO
- Anemia, enfermedad de células falciformes / rasgo o trastorno de la sangre SI NO
- Hemofilia, moretones con facilidad o sangrado excesivo SI NO
- Transfusiones o reciben productos sanguíneos SI NO
- Cáncer, tumor, otro cáncer, la quimioterapia, la radioterapia o la médula ósea o trasplante de órganos SI NO
- Mononucleosis, la tuberculosis (TB), la escarlatina, el citomegalovirus (CMV), resistente a la meticilina Staphylococcus aureus
Enfermedad (MRSA), de transmisión sexual (ETS) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) / SIDA..... SI NO

PROPORCIONAR DETALLES AQUÍ :

¿Hay alguna otra historia clínica significativa relacionada con este niño o de su / su familia que el dentista debe ser informado?.....SI NO Si contesto si, describa _____

Cuál es su preocupación sobre la salud oral de su hijo? _____

¿Cómo describirías lo siguiente :

- la salud oral de su hijo? Excelente Buena Pasable Pobre
- su salud oral? Excelente Buena Pasable Pobre
- la salud oral de sus otros hijos? Excelente Buena Pasable Pobre No Aplicable

¿Hay antecedentes familiares de caries? SiNO Si si, indique las que aplican: Madre Padre Hermano Hermana

Su hijo tiene un historial de alguno de los siguientes? Para cada respuesta afirmativa, sírvase describir :

- Características dentales hereditarios SI NO
 - Las úlceras bucales o herpes febril SI NO _____
 - Mal aliento SI NO _____
 - Sangrado de las encías SI NO _____
 - Caries / dientes cariados SI NO _____
 - Dolor de muelas SI NO _____
 - Lesión a los dientes, la boca o la mandíbula SI NO _____
 - Rematando / rechinando los dientes SI NO _____
 - Problemas en las articulaciones de la mandíbula SI NO _____
 - Náuseas excesiva SI NO _____
 - Hábito de chupar dedo después de un año de edad SI NO
- SI ES SI: Dedo objeto Chupete Other
 Por cuánto tiempo?_____

Con qué frecuencia su niño a cepillarse los dientes ? _____ Veces por día _____ Alguien ayude a su niño a cepillarse ? SI NO

¿Con qué frecuencia su hijo use hilo dental sus / sus dientes? Nunca Aveces Diario

¿Alguien le ayuda a su hijo usar el hilo dental? SI NO

¿Qué tipo de cepillo de dientes usa su hijo ? Duro Mediano Suave No Se

¿Qué tipo de cepillo de dientes usa su hijo? _____

¿Cuál es la fuente de su agua potable en el hogar ? Ciudad / suministro comunidad Fuente privada Agua de botella

¿Utiliza un filtro de agua en su casa? Si No Si si, tipo de filtro: _____

Por favor, consulte todas las fuentes de fluoruro que recibe su hijo:

agua potable pasta de dientes rinse receta de fluoruro gotas recetada/tabletas o vitaminas
 Tratamiento fluoruro en el consultorio dental El barniz de fluoruro por el pediatra / otro profesional otro: _____

¿Tiene su hijo a comer regularmente 3 comidas al día? SI NO

¿Es el niño sigue una dieta especial o restringida? SI NO Si SI, describa: _____

¿Es su hijo un 'delicado con la comida'? SI NO Si SI, describa: _____

¿Su hijo tiene una dieta alta en azúcares o almidones? SI NO Si SI, describa: _____

¿Tiene alguna preocupación con respecto del peso de su hijo? SI NO Si si, describa: _____

¿Con qué frecuencia tiene su hijo lo siguiente?

Caramelo u otros dulces	<input type="checkbox"/> raro	<input type="checkbox"/> 1-2 por/día	<input type="checkbox"/> 3 o mas veces/día	Producto _____
La goma de mascar	<input type="checkbox"/> raro	<input type="checkbox"/> 1-2 por/día	<input type="checkbox"/> 3 o mas veces/día	Tipo _____
Bocados entre las comidas	<input type="checkbox"/> raro	<input type="checkbox"/> 1-2 por/día	<input type="checkbox"/> 3 o mas veces/día	Bocado _____
Refrescos *	<input type="checkbox"/> raro	<input type="checkbox"/> 1-2 por/día	<input type="checkbox"/> 3 o mas veces/día	Producto _____

(* Como jugo, bebidas con sabor a frutas, sodas, bebidas de cola, bebidas carbonatadas, bebidas azucaradas, bebidas para deportistas, bebidas energéticas o)

Porfavor note otros habitos dietéticos : _____

su hijo participe en cualquier deporte o actividades similares? SI NO Si si, lista: _____

Usa su niño un protector bucal durante estas actividades? SI NO Si si, tipo: _____

Su hijo se ha examinado o tratado por otro dentista? SI NO

Si si: Fecha de primera visita: _____ Ultima visita: _____ Razon por ultima visita: _____

Rayos x de los dientes fueron tomados? SI NO Fecha de los rayos x: _____

Su niño ha tenido tratamiento de ortodoncia (frenos, espaciadores, u otros aparatos)? SI NO Si si, Cuando? _____

¿Su hijo ha tenido alguna vez una cita con el dentista difícil? SI NO Si si, describa: _____

Cómo espera que su hijo va responder al tratamiento? Muy Bien Mas o menos Mal Muy mal
 SI NO

¿Hay algo más que deberíamos saber antes de tratar a su hijo?

Si hay, describa: _____

Firma del padre o guardian

Relacion al paciente

Fecha

Signature of staff member reviewing history

Gracias por tomarse el tiempo para informarnos de la historia de salud de su hijo/a

Política Financiera, Política de la Oficina, Información del Seguro Dental

Estimado paciente:

Gracias por elegir nuestra oficina para sus necesidades dentales. Nos gustaría informarle sobre nuestras políticas con respecto al seguro dental, los cambios de horarios, etc. Siempre nos esforzamos por mantener una odontología de calidad con compasión en un ambiente cómodo y amigable. Esperamos que usted y su familia se sientan bienvenidos a nuestra familia dental.

Seguro dental: si tiene un seguro dental, como un servicio para usted, completaremos su formulario de seguro con toda la información necesaria y lo enviaremos a la compañía de seguros. Le pedimos que pague el copago estimado en el momento en que se prestan los servicios. Si no trae la información de seguro requerida a sus citas, le pediremos que pague la factura en su totalidad y que su compañía de seguros le reembolse los documentos con los documentos proporcionados por nuestra oficina. Nuestra oficina no garantiza que su compañía de seguros pagará por el tratamiento que recibe de nuestra práctica. Si se rechaza su reclamo o si el tratamiento está descifrado o si se otorgan beneficios alternativos, usted será responsable de pagar el saldo total que queda en la cuenta en ese momento. **Entiendo que el pago de mi factura es mi obligación legal.** Todas las presentaciones de documentos de seguro y la confirmación de los pagos de seguro que debe realizar mi seguro son mi responsabilidad, al igual que la determinación de los proveedores cubiertos por mi seguro actual. Cualquier asistencia en este asunto otorgada por el médico y / o personal anterior se brinda estrictamente como cortesía y no implica ninguna responsabilidad por su parte en cuanto a la elegibilidad, la presentación, el seguimiento o la confirmación. La notificación del cambio de la compañía de seguros o el nivel de cobertura (por ejemplo, PPO) es mi responsabilidad, al igual que cualquier cambio de dirección.

Our office will not enter into a dispute with your insurance company over any claim, although we will provide the necessary documentation your insurance company requests to settle the claim.

* Nuestra oficina no iniciará una disputa con su compañía de seguros por cualquier reclamo, aunque le proporcionaremos la documentación necesaria que su compañía de seguros solicite para resolver el reclamo.

* Si su compañía de seguros no ha realizado un pago dentro de los 30 días posteriores a la facturación, el saldo será su responsabilidad. (La cobertura del seguro es un acuerdo contractual entre la compañía de seguros y usted o su empleador. No tenemos control sobre esta relación).

* El pago es debido en el momento en que se realiza el tratamiento. Aceptamos efectivo, cheques, Master Card, Visa, Amex o tarjetas de débito.

Pagos mensuales: si necesita realizar pagos a largo plazo, podemos ofrecerle financiamiento con Care Credit. Debe calificar para utilizar esta opción. O podemos ofrecer un plan de pago de dos meses con una tarjeta de crédito archivada.

Todos los pacientes con un saldo pendiente recibirán una declaración cada mes. Hay un cargo financiero del 1,5% (18% TAE) en todas las cuentas con 60 días de retraso. Si tiene un cheque devuelto, se le cobrará un cargo de \$ 50.00 por cheque.

Nos reservamos el derecho de cobrar por citas canceladas sin previo aviso de 48 horas. La duración de la cita programada determinará el cargo por la cita interrumpida. Hay un cargo mínimo de \$35.00 por una cita cancelada con menos de 48 horas de aviso.

EXPOSICIÓN SIGNIFICANTE: la Sección 32.1-45,1 (A) y (B), Código de Virginia (1950, según enmendada) establece que, en el caso de una exposición significativa (p. Ej., Punción con una aguja), el consentimiento para la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Se considera que el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis han sido administrados por el paciente y / o el trabajador de la salud, lo que le otorga al hospital el derecho de realizar dichas pruebas. Los resultados de las pruebas son confidenciales y solo se pueden divulgar de acuerdo con las leyes aplicables y la política de un hospital local.

Autorizo y divulgo información y pago de mi seguro dental al dentista.

He leído y entiendo completamente las opciones financieras. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad del pago de mi factura, incluidos los copagos, los deducibles o los servicios no cubiertos que solicite. EN EL CASO DE QUE ESTA CUENTA DEBERÍA LLEGARSE A SU LUGAR Y POR LO TANTO, SE COLOCÓ EN LAS MANOS DE UN ABOGADO PARA LA RECOGIDA, ACEPTO PAGAR CUOTAS DE ABOGADO DEL 33 Y EL 1/3% DEL BALANCE DESAPARECIDO, MÁS TODO EL TRIBUNAL, COSTES E INTERÉS. EL INTERÉS SE CARGA A UNA TASA DE 1.5% POR MES (18% APR), COMIENZO DE 30 DÍAS DESPUÉS DE QUE EL DINERO SE HAN DEBIDO, O LOS GASTOS HAN SIDO INCURRIDOS. ACEPTO ADEMÁS PAGAR CARGOS DE CHEQUE DEVOLUCIONADOS DE \$ 50.00 POR CHEQUE DEVOLUCIONADO Y DE \$75 POR CITA CANCELADO SIN AVISO DE 24 HORAS. CUALQUIER DESCUENTO PROFESIONAL / DE CORTESÍA ES CONTINGENTE DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE PAGO QUE SE ESCRIBEN ANTERIORMENTE Y PODRÍA REVERTIRSE EN LA DISCRECIÓN DE LA PRÁCTICA SI LA CUENTA ENTRA EN DEFECTO.

Este acuerdo se reafirma cada vez que los servicios son recibidos por mí o por cualquier persona en mi cuenta, incluidos, entre otros, cualquier niño, hijastro o padres dentro de mi familia que reciba servicios del proveedor mencionado anteriormente o de cualquier otro proveedor dentro de la práctica. En el caso de que la cuenta se convierta en cobros, deberá analizar todos los acuerdos de pago con nuestro abogado Charles Anderson, Abogado, 11860 Sunrise Valley Drive, Suite 100, Reston, VA 20191.

Firma del padre o guardian _____ Fecha _____