

# Lewisville Kids Dentistry

501 S. Stemmons Freeway  
(972)436-9121

[www.lewisvillekidsdentistry.com](http://www.lewisvillekidsdentistry.com)

## Paciente:

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

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Escuela del paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## Quien acompaña al niño(a) hoy:

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

Tiene custodia legal del niño(a)? | SI | NO |

## Citas:

Como prefiere que nos comuniquemos con usted en el futuro?

- Teléfono: \_\_\_\_\_
- Texto: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

## Como escucho de nuestra oficina?

Internet | Correo | Escuela

Oficina de Doctor: \_\_\_\_\_

Amigo: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

## Familia que ya atendemos en nuestra oficina:

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

## Información de la Madre:

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Tel: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Información del Padre:

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Tel: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Persona Responsable de la Cuenta:

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

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cod. Pos. \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_

## Seguro Dental:

Seguro Privado

Pago Personal

Medicaid

CHIP

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

## Salud

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

SI NO El Niño(a) es alérgico a algo? Explique: \_\_\_\_\_

SI NO Su niño(a) ha sido hospitalizado? Explique por qué y cuándo: \_\_\_\_\_

SI NO Su niño/a esta tomando algún medicamento? Explique en detalle y razón del medicamento: \_\_\_\_\_

### Indique con "X" si su niño(a) ha recibido tratamiento de lo siguiente:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Latex     | <input type="checkbox"/> Desorden O Infección de Ojos | <input type="checkbox"/> Hígado/ Gastrointestinal           | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangre/<br>Transfusión |
| <input type="checkbox"/> Anemia              | <input type="checkbox"/> Desorden Endocrinos          | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes             | <input type="checkbox"/> Problemas de Mandíbula              |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Labio Heñido/ Paladar              | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares                |
| <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza            | <input type="checkbox"/> Mudo/ Sordo                        | <input type="checkbox"/> SIDA/ VIH                           |
| <input type="checkbox"/> Cancer/ Tumores     | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca          | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral                 | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon                 |
| <input type="checkbox"/> Defectos Congenitos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón          | <input type="checkbox"/> Desarrollo Social/<br>Personalidad | <input type="checkbox"/> Otro                                |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Fisico   | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica             |   |  |

### Denos detalles de lo que indico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historia Dental

SI NO El niño(a) ha sido atendido por un dentista alguna vez? Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última visita dental y radiografías: \_\_\_\_\_

SI NO Ha tenido usted osus niños una mala experiencia con un dentista? De detalles si indico que si: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SI NO El niño(a) se chupa el dedo o chupa chupon? Cuando: \_\_\_\_\_

### Por favor indique si su niño tiene problemas con cualquiera de lo siguiente:

- |                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caries | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los dientes    |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Ortodoncia      | <input type="checkbox"/> Cambio en color de los dientes |

## Consentimiento para Tratamiento Dental

Solicito y autorizo a Dr. Jason Clapp y Asociados para examinar, limpiar, y proporcionar el tratamiento dental en los dientes de mi niño. También solicito y autorizo la toma de rayos X dentales considerados necesarios por el Doctor Jason Clapp y Asociados para diagnosticar y/o tratar el problema dental de mi niño. Permitiré que fotografías sean tomadas de mi niño o los dientes del niño para objetivos diagnósticos o educativos. Entiendo que el tratamiento dental por niños incluye esfuerzos para dirigir su comportamiento ayudándoles a entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. Doctor Jason Clapp y Asociados proporcionarán un ambiente que permite niños a aprender a cooperar durante el tratamiento enseñándoles y demostrándoles procedimientos e instrumentos, y usando el tono de voz variable. Seré responsable de cualquier gasto incurrido en este niño para el tratamiento dental.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Lewisville Kids Dentistry

## POLIZAS DE LA OFICINA

Padres son bienvenidos a acompañar a su hijo/a al área de tratamiento a la hora de su examen inicial. Esto le da la oportunidad para ver nuestro equipo de dentista en acción y permitir que el dentista hable sobre lo que va descubriendo en los dientes y tratamiento que necesita directamente con usted. Si usted acompaña a su hijo/a les pedimos que sea un observador silencioso. Si más de una persona le habla al niño/a pueden confundirlo/a. Cooperación y confianza tiene que establecer entre el dentista y su hijo/a no entre usted. También necesitamos que los hermanos esperen en la sala de espera. A veces que los niños sean penosos sin la presencia de los padres y los mandamos a jugar al área de juegos para obtener confianza. Después de la primera cita su hijo/a irá al área de tratamiento solo, al menos que haya un arreglo específico antes. Los niños que no se dejan, ven una manera para escapar y correr así los padres - por eso les pedimos que esperen en el área de espera mientras el tratamiento en orden de felicitar la comunicación entre el niño/a y el dentista. La siguiente es una explicación de unas metas que usamos con los niños para guiar el comportamiento y para obtener una experiencia positiva con el dentista. Como todos los niños son diferentes, hay listas que pueden ser explicadas si es necesario.

### **DECIR, ENSEÑAR, HACER**

Esta es la clave más importante para enseñarle a su hijo/a. Se le explica en simples términos lo que va a ser hecho. Después de explicar el dentista procede.

### **IMAGINACION**

Nosotros les decimos en simples términos lo que va a ser hecho. Por ejemplo, un examen dental "Viendo y contando tus dientes". Una limpieza de dientes es "Cepillar y acortar las cosquillas en los dientes". Nosotros sugerimos que estos términos sean explicados cuando se les diga una experiencia de dentista a su hijo/a.

### **DISTRACCION**

A veces es necesario distraer a su hijo/a de una sensación no tan agradable enfocándose en otra cosa.

### **CONTROL DE VOZ**

Control de voz es controlada por cambio de volumen, tono, y parecer a influencia y directo al comportamiento del niño. Esta técnica es usada para establecer una línea de comunicación entre nuestros doctores y su hijo/a.

Este acuerdo y políticas son para asegurarnos que ofrecemos lo mejor, más que nada ser una experiencia positiva en el dentista para su hijo/a. Por favor siéntase libre de hacer cualquier pregunta en la oficina. Gracias por darnos la oportunidad de ofrecer ayuda dental para su hijo/a.

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo con todas las pólizas y acordado.

\_\_\_\_\_

**FIRMA DE MAMA/PAPA / GUARDIAN**

\_\_\_\_\_

**Fecha**