

Smile Starters

General Dentistry for Youth
first tooth through age 20

Health History

Patient's Name: First Last

Date of birth: Month Day Year

Dental History:

What brings you to the dental office today?

How long since the patient's last dental visit? 6 months more than 6 months more than a year never

Does the patient have any dental pain at this time? Yes No If yes, please explain

How often does the patient brush? once per day twice per day sometimes never

How often does the patient floss? once per day twice per day sometimes never

Does the patient have any of the following oral habits?

Suck their finger, thumb or pacifier Nail Biting Lip Sucking Biting Grinding

Is the patient breast feeding? Yes No or still on the bottle? Yes No

Has the patient experienced a history of trauma or falls involving the face or teeth? Yes No If yes, please

explain

Medical History:

	<u>Yes</u>	<u>No</u>
Is the patient under the care of a specialist now? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the patient ever been hospitalized or had a major operation? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the patient ever had a serious head or neck injury? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is the patient on a special diet? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the patient use tobacco? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the patient use controlled substances? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is the patient pregnant or trying to get pregnant? If yes, how many weeks? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
When was the patient's last checkup with their physician? <input type="checkbox"/> within a year <input type="checkbox"/> more than a year <input type="checkbox"/> never		
List all medications, pills or drugs currently taken <input type="text"/>		

Please mark the boxes below if the patient is allergic to any of the following:

Aspirin Penicillin Codeine Latex Metal Sulfa

Does the patient have any other allergies? Please list

Smile Starters

General Dentistry for Youth
first tooth through age 20

Health History (Continued)

Does the patient have or have they ever had any of the following?

	<u>Yes</u>	<u>No</u>		<u>Yes</u>	<u>No</u>		<u>Yes</u>	<u>No</u>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy or Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS/HIV Positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive Bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Premature Birth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive thirst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiation Treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artificial Heart Valve or Joint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting Spells/Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Growth Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlet Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autism/Spectrum disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sickle Cell Anemia or Trait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birth Defects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Attack/Failure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinus Trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Trouble/Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breathing Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruise Easily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing impaired	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid or other gland disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsillitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest Pain/Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumors or Growths	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cold Sores/Fever Blisters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congenital Heart Defect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hives or Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision impaired	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Developmental delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yellow Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitations in using arms or legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drug Addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease/Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Easily Winded	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Eating Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Does the patient have any other medical condition not listed above?

Comments:

X _____

Signature of Parent/Legal Guardian



Tecnicas de Manejo del Comportamiento y Polizas de la oficina de Smile Starters

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Trabajar con niños pequeños puede ser diferente que trabajar con adolescentes y adultos. Los niños pequeños presentan un reto único y a veces es difícil dar tratamiento en un ambiente seguro. Nuestro objetivo es brindar a nuestros pacientes atención dental de la más alta calidad mientras aseguramos una buena experiencia general en el ambiente más seguro posible. La falta de cooperación (de los niños más pequeños en particular) puede contener nuestros esfuerzos. Para ayudar a lograr nuestro objetivo, podemos utilizar las siguientes "técnicas de manejar comportamiento" reconocidas por la Academia de Odontología Pediátrica (The American Academy of Pediatric Dentistry).

En primer lugar, se harán todos los esfuerzos posibles para obtener la cooperación de los pacientes dentales mediante el uso de una actitud cariñosa, encantadora, afectuosa, humorosa, amigable y comprensiva.

Otros métodos:

- 1. Decir, Mostrar, y Hacer: Nosotros explicamos lo que vamos a hacer. Nosotros demostramos lo que vamos a hacer. Después, realizamos la acción demostrada.**
- 2. Refuerzo Positivo: Nosotros felicitamos y premiamos a los niños por seguir órdenes. Los premios incluyen – elogio verbal, una palmadita en la espalda, un abrazo, papel engomado o un juguete.**
- 3. Control de Voz: Control de voz es modulación de nuestra voz para recobrar la atención del niño. La modulación de voz se puede clasificar de jugueteo a un tono firme. Control de voz no se debe confundir con gritarle a un niño el cual no es aceptable.**
- 4. Accesorio de boca: Accesorio de boca es técnica de seguridad usada para estabilizar la boca en la posición abierta. Esto ayuda a prevenir al niño de morder instrumentos afilados.**
- 5. Restricción Física por el Dentista o Ayudante: Durante el tratamiento, movimientos físicos (esperados o de otra manera) pueden ser peligrosos para su niño. Un miembro del personal puede limitar los movimientos de algunas partes del cuerpo. Si un niño que no coopera requiere más presión para mejor restricción que un firme apretón de manos, inmovilización protectora será requerida.**



General Dentistry for Youth

first tooth through age 20

6. Inmovilizacion Protectora y/o Oxido Nitrico/Nitroso. Estas técnicas son mas avanzadas y requieren consentimiento individual para su uso. Si estás técnicas son necesarias el dentista le consultara.

Reglas de conducta de Smile Starters

1. Su niño entrara al area del tratamiento solo porque encontramos que generalmente esto permite la cooperacion del mas alto nivel. Comprendemos que usted puede tener reservaciones con esta regla; pero nuestro personal de profesionales preparados hara todo lo posible para asegurar la proteccion y el bienestar de su niño. Nuestro grupo de profesionales le hablara personalmente a usted antes del cuidado del niño y después del tratamiento.
2. Favor de permanecer en el edificio mientras su niño recibe su tratamiento dental de calidad. En un evento improbable de una emergencia, nosotros debemos localizarlo inmediatamente.
3. Nosotros haremos lo posible para mantener citas a tiempo. Por favor tenga paciencia porque algunas veces circunstancias imprevistas como emergencias dentales pueden dirigir nuestra atención.
4. Horas de cita pueden variar por razones como dificultad del tratamiento administrado y nivel de la cooperación del niño. Su paciencia es apreciada.
5. Por favor tenga su tarjeta(s) actual de matriculación/registro disponible.
6. El pago es requerido cuando el servicio sea otorgado.
7. Nosotros nos esforzamos para mantener un ambiente familiar. Por favor sean respetuosos de los demas a sus alrededores. Evite el uso de profanidad, y mantenga control de sus niños.
8. Las fotos a veces son obtenidas para el propósito de diagnóstico. Yo autorizo a Smile Starters a utilizar estas fotos para propósitos de enseñanza.



General Dentistry for Youth

first tooth through age 20

Querido Padre/Guardian Legal,

Gracias por traer hoy a su hijo(a), Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____, a nuestra oficina dental. La privacidad de su información médica es importante para nosotros. A su llegada, le deberían haber ofrecido una copia del “Aviso de prácticas de privacidad” de Smile Starters. Aunque nosotros no compartimos su información con otras agencias de mercadeo, si proveemos un servicio a nuestros pacientes para darles una llamada de cortesía como recordatorio de la cita y posiblemente otras llamadas importantes que puedan realizarse mediante un mensaje pregrabado.

Al firmar este documento, usted reconoce que ha tenido la oportunidad de recibir el “Aviso de Privacidad” de Smile Starters. También puede encontrar una copia de nuestro “Aviso de Privacidad” en www.smilestartersdental.com. Usted también acepta recibir mensajes previamente grabados, mensajes de texto o correos electrónicos a cualquiera de la información de contacto adjunta a la cuenta de la familia, incluyendo a los números de teléfono que se proporcionan a continuación. Siga las instrucciones del mensaje para optar por no participar.

Una vez más le agradecemos por permitir que Smile Starters le brinde servicios dentales hoy.

Atentamente,

Su Equipo de Smile Starters

Firmado Por: Padre/Guardian lega _____

Fecha: _____

Numero Telefonico de Casa: _____

Numero Telefonico Celular: _____

Correo electronico: _____



Poliza Financiera

Polizas financieras y declaracion federal de veracidad en los prestamos

Autorizo que el pago de mis beneficios dentales se realice directamente a Rafael Rivera Jr., DDS PLLC d.b.a. Smile Starters por Nombre de paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Como condicion para su tratamiento en esta oficina, se deben hacer arreglos financieros por adelantado. Smile Starters depende del reembolso de nuestros pacientes por los costos dados en su atencion para seguir siendo factibles. Por lo tanto, la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin acuerdos financieros previos, deben pagarse en efectivo en el momento en que se prestan los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental comprenden que todos los servicios dentales prestados se cobran directamente al paciente y que el o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Ayudaremos a preparar los formularios de reclamacion de seguro de nuestros pacientes o ayudaremos a realizar cobros de las compañías de seguros y acreditaremos dichos cobros recibidos a la cuenta del paciente. Sin embargo, Smile Starters no puede prestar servicios bajo el supuesto de que nuestros cargos seran pagados en su totalidad por una compañía de seguros.

Smile Starters elige no añadir interes a los saldos pendientes en un esfuerzo por ayudar a nuestras familias, pero los saldos de mas de 30 días se consideran tarden y pueden estar sujetos a cargos adicionales si la cuenta se asigna a la agencia de cobros. Acepto pagar el saldo restante mas la suma de la tarifa cobrada por la agencia de cobro. Autorizo la divulgación de información financiera identificable sobre mi cuenta, incluidos los cargos facturados y los pagos realizados, etc.

Le doy mi permiso a usted o a su representante para que me deje un mensaje de voz, envíe un mensaje de texto o correo electrónico, a cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que yo o mi familia hayan proporcionado para discutir asuntos relacionados con este formulario de reclamacion o para discutir una cita. Además, también estoy de acuerdo en permitir que esta oficina deje mensajes sobre citas y / o resultados en mi correo de voz, contestador automatico o con un familiar.



General Dentistry for Youth

first tooth through age 20

Este acuerdo reemplaza todos los acuerdos anteriores firmados, incluidos todos los acuerdos de mediación o mediación / arbitraje.

Autorizo al dentista o sus designados para que divulguen información financiera identificable y descripciones de tratamiento e información, ya sea electrónicamente, por fax o en papel, a mi compañía de seguros, otro proveedor / especialista en salud bucal o cualquier entidad relacionada que requiera que se envíe dicha información.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre el "Aviso de prácticas de privacidad" de Smile Starters, y que se me proporcionará una copia sobre nuestro website a www.smilestartersdental.com

Opciones de pago:

Para su conveniencia aceptamos pagos en efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express y aceptamos pagos en línea a través de nuestro sitio web www.smilestartersdental.com

Hay un cargo nominal por las copias de los registros.

También ofrecemos opciones de financiamiento. Consulte sobre nuestros pagos periódicos:

- **Convenientes pagos mensuales para ayudar a que el tratamiento sea accesible**
- **Pagos sin financiación de intereses**
- **¡Capacidad de prepago para algunos de sus servicios!**

Al firmar este documento, acepto las pólizas financieras y la declaración federal de veracidad en los préstamos que se mencionan anteriormente.



General Dentistry for Youth

first tooth through age 20

Autoridad de los Padres:

Consentimiento de Apoderado para Tratamiento Dental y de Emergencia

Por favor escriba los nombres de todos los niños para los que usted toma decisiones de atención médica en esta clínica:

Si desea que cualquier otra persona tenga acceso a la información de salud de su hijo(a), o si alguien que no sea usted traera al niño(a) a la clínica, por favor enumere TODOS los nombres y parentesco con el niño a continuación: (Jane Test - Abuela, Bob Test - Tío).

Yo, _____ autorizo a las personas nombradas arriba a tomar cualquier decisión de tratamiento dental y decisiones de atención de emergencia que sean necesarias.

Yo, _____ entiendo que esta autorización permanecera en vigor hasta que actualice la autorización y cualquier versión anterior será nula y sin efecto una vez firmada.

Yo, _____ entiendo que Smile Starters se reserva el derecho de cancelar cualquier cita en la que las personas que acompañan al paciente no estén debidamente autorizadas por usted para hacerlo.

Yo, _____ entiendo que es mi responsabilidad actualizar este formulario de autorización cuando sea necesario.