



### INFORMACION DE SU HIJO

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_

NOMBRE PREFERIDO PARA EL NIÑO \_\_\_\_\_

EDAD  M  F \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ APT. \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA \_\_\_\_\_ COLEGIO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

CUAL ES LA RAZON DE SU VISITA? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

SÍ NO

Es ésta la primera vez que su hijo visita el dentista?  
Si no, cuando fue su ultima visita y qué trabajo le hicieron?  
\_\_\_\_\_

Espera usted que su hijo sea un paciente cooperativo?  
Si no, por favor explique. \_\_\_\_\_

Usted tiene agua apropiada en su casa?

Su hijo toma pastas de flúor o vitaminas con flúor?

Alguna vez su hijo se ha golpeado algun diente?  
Si la respuesta es sí, cuándo?  
\_\_\_\_\_

Tiene su hijo historia de dolor alguno, dolor de cabeza,  
hacer estallar o chasquear la quijada?

Su hijo todavía usa biberón en las noches?

Su hijo tiene o ha tenido alguno de estos hábitos o problemas?  
\_\_\_\_\_

Chupar el dedo Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía?  Sí  No

Habito de dedos Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía?  Sí  No

Chupo Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía?  Sí  No

### HISTORIA MEDICA

• Actualmente, es su hijo tratado por el doctor de la familia por alguna razón médica?  Sí  No  Si la respuesta es si, Por qué? \_\_\_\_\_

Nombre del doctor de la familia \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

• Está su hijo en buena salud? Si no, por favor describa  Sí  No

• Está su hijo frecuentando otro tratamiento fuera de rutina?  
Si la respuestas es sí, explique.  Sí  No

• Su hijo tiene alergia a algún medicamento?  Sí  No   
Si la respuesta es sí, explique. \_\_\_\_\_

• Está su hijo tomando algún medicamento en éste momento?  Sí  No   
Si la respuesta es sí, indicar. \_\_\_\_\_

• Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o tratado en la sala de emergencia por algún trauma?  Sí  No   
Cuándo y por qué razón? \_\_\_\_\_

• Su hijo tiene o ha tenido algún trastorno emocional, mental o nervioso?  Sí  No   
Si la respuesta es sí, explique. \_\_\_\_\_

A su hijo ya le removieron sus amígdalas y/o sus adenoides?  Sí  No

• Su hijo respira por la boca?  Sí  No   
Si la respuesta es sí,  Raramente  A menudo

POR FAVOR INDIQUE SI SU HIJO HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

- Alergia a la penicilina
- Otra alergia a algún medicamento
- Tratamiento de radiación
- Anemia
- Fiebre reumática
- Problemas en los huesos
- Impedimento mental
- H.I.V. positivo
- Diabetes
- Ataque epiléptico
- Hemorragia de sangre
- Problemas de corazón o soplo cardíaco. Qué tipo? \_\_\_\_\_
- Alergia al látex
- Tuberculosis
- Problemas en el sistema endocrino
- Impedimento físico
- Fisura en el paladar
- Asma
- Problemas de hígado o hepatitis
- Malignidad o leucemia
- Problemas en el habla
- Hiperactividad
- Problema de déficit de atención

Está su hijo bajo el cuidado de un cardiólogo o algún doctor en especial para el problema? Si la respuesta es sí, Quién? \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor comente acerca de los problemas seleccionados

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

General Dentist Serving Children

CAROUSEL Dentistry, Greg Perentis DDS, 5310 Highway 55, Suite 103, Durham, NC 27713

ATLANTIS Dentistry, Rachel Perentis DDS, PA., 1002 North Church Street, Greensboro, NC 27401

## MEDIDA PREVENTIVA ACERCA DE LA HISTORIA DENTAL

Cada cuánto su hijo se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

Es su hijo supervisado cuando se lava los dientes? Sí  No

Por quién? \_\_\_\_\_

Es la seda dental usada? Sí  No

Su hijo recibe:

- Vitaminas de flúor       Agua en botella  
 Pastillas o gotas de flúor       Agua apropiada  
 Agua con flúor

## INFORMACION DE LOS PADRES

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO DEL PADRE**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCION**

\_\_\_\_\_  
**CIUDAD                      ESTADO                      CODIGO POSTAL**

\_\_\_\_\_  
**SS#    FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
**TELEFONO CASA#                      TELEFONO EMPRESA #**

\_\_\_\_\_  
**EMPLEADOR**

\_\_\_\_\_  
**OCUPACION**

**SEGURO DENTAL?**                      Sí  No

\_\_\_\_\_  
**COMPAÑIA DE SEGURO                      GRUPO O NUMERO DE PLAN**

\_\_\_\_\_  
**TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGURO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCION**

\_\_\_\_\_  
**CIUDAD                      ESTADO                      CODIGO POSTAL**

\_\_\_\_\_  
**SS#    FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
**TELEFONO DE LA CASA #                      TELEFONO EMPRESA #**

\_\_\_\_\_  
**EMPLEADOR**

\_\_\_\_\_  
**OCUPACION**

**SEGURO DENTAL?**                      Sí  No

\_\_\_\_\_  
**COMPAÑIA DE SEGURO                      GRUPO O NUMERO DE PLAN**

\_\_\_\_\_  
**TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGURO**

## FAMILIAR CERCANO O AMIGO

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCION**

\_\_\_\_\_  
**CIUDAD                      ESTADO                      CODIGO POSTAL**

\_\_\_\_\_  
**TELEFONO**

\_\_\_\_\_  
**RELACION CON EL PACIENTE**

EN CASO QUE USTED NO ESTE EN CASA, CUAL ES LA INFORMACION DE SUS VECINOS

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_  
**TELEFONO**

## INFORMACION FINANCIERA

En esfuerzo para hacer su tratamiento más cómodo, nosotros solicitamos el pago a medida que se rinden los honorarios. Esto ayuda a reducir nuestros gastos indirectos sin disminuir la calidad de nuestro servicio. Por favor pregunte por nuestras opciones de pago. Nosotros cordialmente aceptamos VISA, MasterCard, tarjetas débito y dinero en efectivo. Su seguro dental le reembolsará el dinero. Generalmente, la cantidad que usted recibe depende del plan que haya sido escogido por su empleador.

**Usted debe ser conciente que el seguro dental es un acuerdo entre usted y la compañía de seguro. Nosotros nunca permitiremos que las limitaciones de sus ventajas con su seguro comprometan la calidad de su cuidado.**

Cómo le gustaría pagar la visita de hoy?

- MasterCard / Visa  
 Tarjeta débito  
 Efectivo

**General Dentist Serving Children**

**CAROUSEL Dentistry, Greg Perentis DDS, 5310 Highway 55, Suite 103, Durham, NC 27713**

**ATLANTIS Dentistry, Rachel Perentis DDS, PA., 1002 North Church Street, Greensboro, NC 27401**

## INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

### ACERCA DEL COMPORTAMIENTO

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO

FECHA DE NACIMIENTO

Como dentista interesado, Me gustaria discutir algunos métodos utilizados para controlar el comportamiento de su hijo durante el tratamiento. Usualmente los niños son cooperativos y fuertes, pero algunas veces se asustan con el equipo y la nueva experiencia se asustan. Ésto es especialmente verdad en los niños menores de tres años aunque algunas veces sucede con algunos niños mayores también.

Para tratar a su niño con la mayor seguridad, podemos tener que utilizar estas ayudas:

**Mouth Rester** - Ayuda a sostener la boca del niño abierta para que el dentista tenga un mejor acceso a los dientes, evita que el niño muerda algun utensilio de trabajo. Si el niño se queda dormido durante el tratamiento, el Mouth Rester permite que el dentista trabaje sin despertar al paciente.

**PedoBurrito™** - Asegura y protege el cuerpo del niño. Un abrigo fuerte de Velcro y un cojin ayuda la posición del niño en la silla dental. Los brazos del niño, piernas, y su cuerpo en general son asegurados para prevenir que el niño no hiera o dañe el equipo de trabajo, el asistente, los padres, o el doctor.

**Holding Assistant** - También ayuda la posición del niño en la silla dental. Además el/la asistente puede proporcionar comodidad y calma al niño. Muchas veces ésta persona puede ser usted, Mamá/Papá o guardian.

**Nitrous Oxide** - (Gas que ríe) proporciona una cantidad limitada de alivio de tensión, calma los sentidos y alivia el dolor (analgésico). Nitrous oxide abandona el cuerpo rapidamente sin ningun efecto secundario. La cantidad que usamos no es suficiente para dormir al paciente. Nitrous oxide debe ser respirado, es menos efectivo en niños que lloran o respiran por la boca.

**Nota: Antes de darnos permiso para usar estas ayudas, por favor lea la columna de la derecha, para ver otras opciones de comportamiento. También, si tiene alguna pregunta, Por favor haganos saber.**

- Sí, Yo doy permiso para que mi hijo sea tratado en Atlantis / Carousel Dentistry. Si es necesario, pueden usar estas ayudas para controlar el comportamiento de mi hijo.
- No, Yo no voy a permitir que mi hijo sea tratado en Atlantis / Carousel Dentistry y lo llevaré a otra clínica para que sea tratado. Si no puedo hacer esto, soy conciente que la caries puede empeorar y es posible que sea un problema en contra de la salud de mi hijo.

PADRE O GUARDIAN

FECHA

DOCTOR

FECHA

## Alternativas para el comportamiento

En Atlantis / Carousel Dentistry usamos medidas anti drogas para el comportamiento, empleando una compostura protectora. Sin embargo, otras clínicas ofrecen otras alternativas. Ésta es una descripción de sus opciones.

### (1.) No hacer nada en el momento

#### -PRO-

Podremos traer al paciente en otra ocasión/fecha cuando el niño esté más cooperativo.

No tenemos que tratar el problema en el momento.

#### -CONTRA-

Las caries crecerán más y en un futuro causará dolor en los dientes.

En ese momento un procedimiento más profundo causará más dolor para el niño.

El costo del procedimiento será mayor a medida que la descomposición aumenta.

### (2.) Anestesia General

#### -PRO-

El niño no puede sentir el tratamiento y el dentista puede enfocar su atención en el procedimiento sin estar distraído por problemas de comportamiento.

#### -CONTRA-

El niño puede que tenga que pasar la noche en observación en el hospital.

Hay algunos riesgos menores asociados con la medicina en términos de reacción y efectos secundarios - náusea, vómito, y reacciones alérgicas.

Serios riesgos son asociados con la pérdida total del conocimiento, incluyendo daño cerebral, derrame o ataque al corazón, parálisis, o hasta la muerte. Estos eventos ocurren raramente.

Una suma considerable desde \$1500-\$2000 es sumada para cubrir los gastos del hospital.

### (3.) Sedantes

#### -PRO-

El paciente está más calmado y más manejable.

El tratamiento es más fácil para el dentista.

Como el niño está más calmado y no está llorando, los padres no se alarman.

#### -CONTRA-

Hay algunos riesgos menores asociados con la medicina en términos de reacción y efectos secundarios - náusea, vómito, y reacciones alérgicas.

Los sedantes no siempre trabajan, algunas veces hace que los niños sean más agitados.

Hay un costo adicional para éste tratamiento.

### (4.) Control sin medicamentos y protección

#### -PRO-

No hay efectos secundarios o riesgos en éste proceso;

Quando el niño es entregado a sus padres, está totalmente conciente.

El abrigo protector es solamente usado en el momento de la inyección.

#### -CONTRA-

El niño puede tener miedo, estar incomodo y llorar a un nivel alto.

Los padres pueden confundir el llanto y la conmoción.

## General Dentist Serving Children

CAROUSEL Dentistry, Greg Perentis DDS, 5310 Highway 55, Suite 103, Durham, NC 27713  
ATLANTIS Dentistry, Rachel Perentis DDS, PA., 1002 North Church Street, Greensboro, NC 27401

## Diagnóstico de Rayos-X

Entre las edades de dos (cuando los dientes morales salen) y doce (cuando casi todos los dientes permanentes están en la boca), los dientes son más susceptibles a descomponerse.

Los Rayos-X o radiografías nos permiten ver los dientes en contacto para detectar caries pequeñas. Si son encontradas a tiempo, algunas caries pueden ser reversadas!!

Los dientes de bebés, tienen un esmalte delgado y las caries se pueden esparcir rápidamente. Factores como comidas ligeras y hábitos de cepillado pueden cambiar continuamente en los niños. Sin Rayos-X, solo podemos examinar un 60% de la superficie del diente. Es por ésta razón que recomendamos que los Rayos-X sean tomados desde la parte trasera y delantera del diente cada 12 meses. Claro que, Dr Greg y Dr. Rachel se reservan el privilegio de recomendar otros periodos de tiempo de acuerdo con las necesidades de su hijo.

Nosotros queremos que usted esté cómodo con nuestra recomendación para estos Rayos-X. Nuestro equipo de Rayos-X certifica una dosis exacta y un tiempo mínimo de exposición. De hecho, nuestro equipo digital de Rayos-X usa un 90% menos en radiación que otros equipos de Rayos-X. Los niños usan un delantal protector de plomo mientras se toman los Rayos-X. En realidad, la cantidad de radiación es casi equivalente a un día en el sol. Nosotros sentimos que la prevención de caries es para el beneficio de su hijo. Si por alguna razón usted no quiere que los Rayos-X sean tomados, nosotros nos conformaremos hasta cierto punto. Nosotros debemos insistir en los Rayos-X mínimo cada 18 meses, o no podremos atender a su hijo en nuestra oficina.

Yo, el abajo firmante, he leído y entendido la información antedicha. Y yo, por el presente estoy de acuerdo:

- Doy consentimiento para los Rayos-X, como recomendado
- Doy consentimiento para los Rayos-X, una vez al año
- Doy consentimiento para los Rayos-X, \_\_\_\_\_
- Doy libertad al doctor o otro miembro del equipo dental de cualquier responsabilidad que resulte a consecuencia de negar el procedimiento de Rayos-X como recomendado.

---

**Nombre del paciente**

**Firma del Guardián**

**Fecha**

Doy mi consentimiento para usar los servicios dentales, anesthesiólogo local, nitrous oxide analgésico (gas que ríe) y el uso de los medios propios y aceptables para completar el tratamiento.

---

**FIRMA** (padre o guardián legal)

**FECHA**

### General Dentist Serving Children

**CAROUSEL Dentistry, Greg Perentis DDS, 5310 Highway 55, Suite 103, Durham, NC 27713**  
**ATLANTIS Dentistry, Rachel Perentis DDS, PA., 1002 North Church Street, Greensboro, NC 27401**