



Fecha (mm/dd/yyyy) _____

Información Del Paciente

Nombre del paciente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre preferido	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección:		Ciudad	Estado	Código Postal

Nombre del Padre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Dirección <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la del niño	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador	Correo electrónico		
Teléfono del casa	Teléfono del trabajo	Celular	
Nombre de la madre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Dirección <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la del niño	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador	Correo electrónico		
Teléfono del casa	Teléfono del trabajo	Celular	

Información del Seguro

Seguro dental primario está a nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro	Nombre de la compañía de seguros dentales		
Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código Postal
* Empleador	* Empleado	* Fecha de nacimiento	
* Número de póliza	* Número de grupo		
Persona responsable de la cuenta			
¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?			

Seguro dental secundario está a nombre de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro	Nombre de la compañía de seguros dentales		
Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código Postal
* Empleador	* Empleado	* Fecha de nacimiento	
* Número de póliza	* Número de grupo		
Persona responsable de la cuenta			

Yo, como parente o tutor del paciente, autorizo y solicito la realización de servicios dentales para este paciente. Certifico que he leído y comprendido toda la información requerida en este formulario. Reconozco que mis preguntas, si las hubo, han sido respondidas satisfactoriamente. Al proporcionar la información de contacto anterior, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas del Snug Dental Center sobre citas y tratamientos. Estas comunicaciones pueden incluir mensajes de voz, mensajes de texto y/o correo electrónico. Usted puede solicitar dejar de recibirlas en cualquier momento comunicándose con nuestra oficina.

Firma del parente/madre o tutor

Relación

Fecha

* Esta información es la que el gobierno nos exige obtener de usted para presentar el seguro. *

¿Ha tenido usted (el padre/tutor) o el paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas? Sí No
 Tuberculosis activa Tos persistente de más de 3 semanas Tos con sangre

Si respondió Sí a cualquiera de los puntos anteriores, por favor detenga y devuelva este formulario a la recepcionista.

¿El niño ha tenido antecedentes o condiciones relacionadas con alguna de las siguientes? (□ Marque las que correspondan)

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Necesita premedicación SBE |
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales |
| <input type="checkbox"/> Alergia a sulfamidas | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Trastorno mental | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Otras alergias | <input type="checkbox"/> Labio/paladar hendido | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Trastorno nervioso | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Prótesis articulares | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia /Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Otra condición |

Por favor indique el nombre y número de teléfono del médico del niño:

Nombre del médico del niño: _____ Nombre de la clínica: _____ Teléfono : _____

Historia del Niño

Sí No

- ¿El niño está tomando algún medicamento actualmente? (si es sí, escriba a continuación)
- ¿El niño es alérgico a alimentos o medicamentos?
- ¿Ha tenido el niño alguna enfermedad grave u hospitalización? (si es sí, escriba a continuación)
- ¿El niño ha tenido alguna cirugía en el pasado? (si es sí, escriba a continuación)
- ¿Tiene el niño algún problema de aprendizaje y/o del habla?
- ¿Ha tenido el niño alguna lesión en la cabeza, boca o dientes?
- ¿Siente el niño actualmente dolor o molestias dentales?
- ¿Chupa el niño un dedo, pulgar o chupón?
- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el niño? ¿Quién realiza la mayoría del cepillado?
- ¿Usa el niño pasta dental con flúor?
- ¿Fecha de la última visita dental? _____ / _____ / _____

• ¿Qué servicios se realizaron?

Examen Rellenos Limpieza y flúor Extracciones No cooperó con el tratamiento

• ¿Qué toma principalmente el niño?

Agua de la ciudad Agua de pozo Agua filtrada / embotellada Jugo Leche Refrescos

• Detalle hospitalizaciones o cirugías previas:

• Lista de medicamentos:

Declaro que, según mi conocimiento, he respondido con precisión todas las preguntas en este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental sobre cualquier cambio en el estado médico.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Centro Dental Snug Política de Cancelación y Ausencias

En Snug Dental Center, estamos comprometidos a brindar atención excepcional a todos nuestros pacientes. Para poder servir mejor a las familias y asegurar que cada niño reciba tratamiento de manera oportuna, tenemos la siguiente política con respecto a las cirugías canceladas o perdidas:

Política para Citas de Cirugía

- Debido a la alta demanda y la disponibilidad limitada de citas para cirugía, requerimos un **aviso mínimo de 48 horas** si necesita cancelar o reprogramar.
- **Dos (2) citas de cirugía perdidas o canceladas tardíamente** (sin el aviso adecuado) resultarán en que su hijo **ya no será elegible para programar cirugías** en nuestra oficina.
- Una **cita perdida** se define como:
 - No presentarse a una cita de cirugía programada.
 - Cancelar o reprogramar con **menos de 48 horas de aviso**.

Por Qué Esta Política Es Importante

Las citas de cirugía requieren un equipo dedicado, una sala de operaciones y un proveedor de anestesia. Cuando se pierde una cita, estos recursos valiosos no pueden utilizarse para ayudar a otro niño que necesita atención.

Reconocimiento

Al programar una cita de cirugía en Snug Dental Center, usted reconoce y acepta seguir esta política. Nuestro equipo revisará esta política con usted al momento de programar la cirugía y le proporcionará recordatorios antes de la cita de su hijo.

Nombre del Padre/Madre o Tutor: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Expectativas y Reconocimiento del Día de Cirugía

Estimado Padre/Madre o Tutor:

Queremos que el día de la cirugía de su hijo(a) sea lo más tranquilo, cómodo y libre de estrés posible. Debido a que los procedimientos bajo anestesia general pueden ser complejos e impredecibles, le pedimos su paciencia y comprensión con los siguientes puntos importantes:



1. Hora de llegada vs. hora de inicio de la cirugía

- La **hora de llegada** que le proporcionamos es el momento en que necesitamos que **se registre, complete cualquier documentación pendiente y prepare a su hijo para la cirugía**.
- **Esta no es la hora exacta en que comenzará la cirugía.** La hora de inicio puede variar según varios factores, incluyendo la duración y complejidad de los casos anteriores.



2. Por qué pueden ocurrir retrasos

- Cada niño tiene necesidades diferentes, y a veces los procedimientos toman **más o menos tiempo de lo previsto**.
- También pueden surgir **situaciones imprevistas o emergencias** que extiendan los tiempos de cirugía.
- Nuestra máxima prioridad es siempre la **seguridad y el bienestar de cada paciente**, por lo que nunca apresuraremos la atención para cumplir con el horario.



3. Qué puede esperar

- Le mantendremos **informado durante el día** si hay cambios importantes en el horario estimado.
- Por favor, planee la posibilidad de permanecer aquí por **unas horas**, incluso si su cita es temprano.
- Traer entretenimiento o artículos de consuelo puede ayudar a que la espera sea más fácil para usted y su hijo. No se permiten alimentos ni bebidas en el área de espera.



4. Nuestro compromiso

- Entendemos que los días de cirugía requieren tiempo y flexibilidad de su parte. A cambio, puede confiar en que brindaremos a su hijo **el mismo nivel de atención cuidadosa y dedicada** que cada familia merece.



INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS PARA CIRUGÍA DENTAL BAJO ANESTESIA GENERAL

Estimado parent o tutor:

Su hijo está programado para recibir tratamiento dental bajo anestesia general. Por favor, lea cuidadosamente y siga estas instrucciones para garantizar un procedimiento seguro y exitoso.

⌚ 1. Llegada y horario

- **Complete todos los formularios** del paciente antes del día de la cirugía de su hijo/a. Si llega tarde, por favor, llame a la clínica para avisarnos.
 - Reserve el día completo para la cita; planeo faltar a la escuela el día de la cirugía y no habrá guardería después. Si su hijo va a la escuela, la cirugía será cancelada.
-

🥤 2. Guía de alimentación y bebidas

- Para reducir el riesgo de vómitos y aspiración durante la anestesia, NO coma ni beba nada después de la medianoche de la noche anterior a la cirugía, a menos que el anestesiólogo le indique lo contrario.
 - NO dé leche, fórmula, ni ningún alimento (incluyendo chicle, dulces o leche materna) después del tiempo límite de ayuno.
 - Si su hijo come o bebe después del tiempo permitido, **La cirugía será cancelada**.
 - Le llamaremos 2 días antes de la cirugía para indicarle a qué hora debe dejar de comer y beber. Debemos poder comunicarnos con usted antes de la cirugía; de lo contrario, la cirugía será cancelada.
-

💊 3. Medicamentos

- Continúe los medicamentos diarios a menos que el doctor o anestesiólogo indique lo contrario. Los medicamentos deben tomarse por la mañana con solo un pequeño sorbo de agua.
 - Si su hijo tiene asma, administre el tratamiento respiratorio o nebulizador a la hora de dormir el día anterior y 1 hora antes de la cita. Traiga el medicamento para el asma el día de la cirugía.
-

👕 4. Ropa y objetos personales

- Vista a su hijo con ropa suelta, cómoda y con mangas cortas.
 - Traiga un cambio de ropa extra, ya que la anestesia general puede causar que algunos niños se orinen si tienen la vejiga llena.
 - Puede traer una manta, juguete favorito u objeto de consuelo si lo desea.
-

🤒 5. Enfermedad o cambios en la salud

Comuníquese con nuestra oficina de inmediato si su hijo presenta:

- **Fiebre**
- **Tos, resfriado o congestión**
- **Sarpullido o signos de infección**
- **Exposición a COVID-19, gripe u otra enfermedad contagiosa**
**NO traiga a su hijo a cirugía si está enfermo. Podría ser peligroso continuar con el procedimiento.

6. Presencia de los padres

- Uno de los padres o el tutor legal debe permanecer en el lugar durante todo el procedimiento. Prepárese para estar en la oficina entre 2 y 4 horas, ya que la cirugía puede tomar más tiempo de lo esperado.
 - Los tutores legales deben traer prueba de tutela o documentos de custodia.
-

7. Transporte

- No se permitirá que su hijo salga solo ni en transporte público.
 - Un adulto responsable debe llevar al niño a casa y vigilarlo cuidadosamente durante las siguientes 24 horas..
 - Todos los niños deben ir en asiento de seguridad o, si son mayores, deben usar cinturón de seguridad y estar sentados en posición vertical durante el regreso a casa.
-

8. Preguntas o cancelaciones

- **Si tiene preguntas o necesita reprogramar, por favor llámenos al: (408) 708-7315**
-

La seguridad de su hijo es nuestra máxima prioridad. Gracias por su atención y cooperación.

He leído las instrucciones anteriores antes de la cita quirúrgica de mi hijo(a) y en este momento me han respondido todas mis preguntas.

Centro Dental Snug

Cuidando sonrisas pequeñas con comodidad y experiencia

