

**Información del (la) Paciente (Por favor escriba en letra no cursiva y en tinta)**

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección	Ciudad		Estado	Código Postal
# del Seguro Social	Escuela	Grado	Hombre	o Mujer
Idioma de Preferencia	Información Opcional (para propósitos de estadísticas): Raza/Etnicidad			

**Historia de Salud del Paciente (Por favor responda todas las preguntas)**

Desorden de Deficiencia de Atención e Hiperactividad	Sí ___ No ___	Pastillas de Dieta (incluyendo Phen-Fen)	Sí ___ No ___	Enfermedad de Hígado o Riñón	Sí ___ No ___
Abuso de Alcohol y Drogas	Sí ___ No ___	Minusválido	Sí ___ No ___	Embarazada	Sí ___ No ___
Alergias	Sí ___ No ___	Epilepsia	Sí ___ No ___	Articulaciones, Pasadores, Laminas o Prostéticos	Sí ___ No ___
Anemia	Sí ___ No ___	Desmayos	Sí ___ No ___	Fiebre Reumática	Sí ___ No ___
Asma/Problemas Respiratorios	Sí ___ No ___	Soplo en el Corazón	Sí ___ No ___	Anemia de la célula de la hoz	Sí ___ No ___
Autismo	Sí ___ No ___	Problemas de Corazón	Sí ___ No ___	Problemas de Hablado o Audición	Sí ___ No ___
Defectos de Nacimiento	Sí ___ No ___	Hepatitis	Sí ___ No ___	¿Ha tenido cirugía el paciente?	Sí ___ No ___
Problemas de sangrado/coagulación	Sí ___ No ___	Presión alta	Sí ___ No ___	Uso de Tabaco	Sí ___ No ___
Diabetes	Sí ___ No ___	VIH/SIDA	Sí ___ No ___	Tuberculosis	Sí ___ No ___

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene algún otro problema el menor que no se haya incluido? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Está tomando alguna medicina el/la paciente en este momento (Incluyendo medicinas que no necesitan receta médica como aspirina)? Si respondió "Sí," ¿qué clase?: \_\_\_\_\_

Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Es alérgico/a a alguna medicina? Si respondió "Sí," ¿a qué clase?: \_\_\_\_\_

Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Es alérgico/a el/la paciente a cualquier otra cosa? Si respondió "Sí," ¿a qué clase? (por ejemplo, guantes de látex, anestesia): \_\_\_\_\_

Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene el/la paciente algún problema o inquietud dental en este momento? Por favor explique: \_\_\_\_\_

**Información de los Padres/Custodios (Por favor escriba en letra no cursiva)**

Nombre de la Madre/Guardián	Nombre del Padre/Guardián	Correo Electrónico de los Padres/Custodios
Dirección	Ciudad	Código Postal
Teléfono Domicilio		Teléfono Celular o Trabajo
Familiar más cercano que no viva con el/la paciente	Relación con el (la) paciente	Teléfono

Por favor incluya los nombres de hermanos/hermanas atendidos en esta clínica: \_\_\_\_\_

Pediatra del paciente/Doctor de la familia	Número de Teléfono del Doctor	Firma del Dentista
--	-------------------------------	--------------------

Yo certifico que he leído y comprendido lo anterior. Yo certifico que mis preguntas, de haberlas tenido, sobre los temas a continuación fueron respondidas a mi entera satisfacción. Yo no haré responsable al dentista ni a los miembros de su personal, por cualquier error u omisión que se hicieran al llenar esta forma.

Doy mi consentimiento para el examen dental, limpieza de dientes, aplicación de fluor, las radiografías que sean necesarias y fotografías clínicas y los sellantes que fueran necesarios.

Firma de los Padres/Custodios \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

SHEET # \_\_\_\_\_

# AURORA YOUTH DENTISTRY

## Patient Information (Please print in ink)

First Name	MI	Last Name	Preferred Name		
Street Address	City	State	Zip Code	Phone Number	
Social Security #	Date of Birth	Age	Male	or	Female
School	Grade	Optional Information (for statistical purposes only): Race/Ethnicity			

### Patient Health History (Please answer all questions)

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	Yes ___ No ___	Use of Diet Pills/Diet Aids (including Phen-Fen)	Yes ___ No ___	Kidney or Liver Disease	Yes ___ No ___
Alcohol/Drug Abuse	Yes ___ No ___	Disabilities/Special Needs	Yes ___ No ___	Pregnant	Yes ___ No ___
Allergies	Yes ___ No ___	Epilepsy	Yes ___ No ___	Prosthetic Joints, Plates or Pins	Yes ___ No ___
Anemia	Yes ___ No ___	Fainting	Yes ___ No ___	Rheumatic Fever	Yes ___ No ___
Asthma/Breathing Problems	Yes ___ No ___	Heart Murmur	Yes ___ No ___	Sickle Cell Anemia	Yes ___ No ___
Autism	Yes ___ No ___	Heart Trouble	Yes ___ No ___	Speech/Hearing Problems	Yes ___ No ___
Birth Defect(s)	Yes ___ No ___	Hepatitis	Yes ___ No ___	Has the patient had surgery?	Yes ___ No ___
Bleeding/Clotting Problems	Yes ___ No ___	High Blood Pressure	Yes ___ No ___	Tobacco Use	Yes ___ No ___
Diabetes	Yes ___ No ___	HIV/AIDS	Yes ___ No ___	Tuberculosis	Yes ___ No ___

If you answered "Yes" to any of the above, please explain:

\_\_\_\_\_

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Does the patient have any other health problems? If "Yes", please explain \_\_\_\_\_

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Is the patient taking any medications at this time (including over-the-counter medications such as aspirin)?  
If "Yes", what type: \_\_\_\_\_

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Is the patient allergic to any medications? If "Yes," what?: \_\_\_\_\_

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Is the patient allergic to anything else? If "Yes", what (for example: latex, anesthesia)?: \_\_\_\_\_

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Does the patient have any dental problems/concerns at this time? If "Yes, please explain: \_\_\_\_\_

### Parent/Guardian Information (Please Print)

Mother/Guardian Name \_\_\_\_\_ Father/Guardian Name \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Email Address \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_ Cell or Work Phone # \_\_\_\_\_

Nearest Relative Not Living With Patient \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Please List Other Siblings Seen At This Center: \_\_\_\_\_

Patient's Pediatrician/Family Physician \_\_\_\_\_ Patient's Pediatrician/Family Physician's Phone # \_\_\_\_\_ Signature of Dentist \_\_\_\_\_

I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth have been answered to my satisfaction. I will not hold the dentist, or any other member of his/her staff, responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

I consent for the examination, teeth cleaning, application of topical fluoride, any necessary x-rays and clinical photographs, and any necessary sealants.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE PACIENTES DENTALES

Nombre(s) del Pacientes(s) \_\_\_\_\_

Nuestro propósito es que todos los servicios profesionales prestados en nuestro centro deberán ser de la mejor calidad posible que podamos ofrecer a cada paciente. Para dar atención de alta calidad es necesario que enseñemos a los niños para que sean pacientes cooperadores y guiemos su comportamiento. Entre los comportamientos poco cooperativos que pueden afectar la administración de atención dental de calidad son: hiperactividad, los movimientos de resistencia, negarse a abrir la boca o mantenerla abierta el tiempo suficiente para realizar el tratamiento dental necesario, e incluso agresivos y/o resistencia física al tratamiento, tales como: dar patadas, gritos o agarrar la mano del dentista o de los instrumentos dentales.

**Se harán todos los esfuerzos necesarios para obtener la cooperación de los pacientes dentales con un trato cariñoso, amable, persuasible, humor, encanto, gentileza, bondad, comprensión y el uso de las siguientes técnicas:**

1. **Decir-Mostrar-Hacer:** El dentista o ayudante le explica al paciente lo que se debe hacer utilizando palabras sencillas y a continuación, muestra al paciente lo que se debe hacer mediante la demostración de los instrumentos en un modelo o del paciente o el dedo del dentista. Se utilizan palabras de elogio para premiar una conducta cooperativa y reforzarla.
2. **Refuerzo positivo:** Esta técnica premia al paciente que muestra el comportamiento deseable. Los premios incluyen elogios, palabras de premio y palmaditas en la espalda, abrazos o premios.
3. **Control de la voz:** La atención de un paciente perturbador se gana cambiando el tono y aumentando el volumen de la voz del dentista. El tono de voz más alto es más controlable aunque no quiere decir que el dentista esté enojado. El contenido de la conversación es menos importante que el carácter abrupto o repentino del mandato.
4. **Contacto físico de los dentistas y el personal para tranquilizar al paciente** Los dentistas y los asistentes dentales tranquilizan a los niños tomándoles de las manos o con una suave palmada en los hombros o en el antebrazo o colocando con suavidad las manos del niño en una posición sin riesgo. El contacto físico para tranquilizar al paciente no forma parte de las medidas de estabilización (descritas a continuación.)
5. **Abrebocas:** El abrebocas conocido también como el cojín de dientes se puede utilizar con los pacientes cooperadores para ayudar a mantener la boca abierta durante el tratamiento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre estas técnicas, por favor no dude en hacerlas. Nota: Si usted no está de acuerdo con el uso de cualquiera de las técnicas mencionadas, por favor infórmelo para que lo discutamos con usted. Sin embargo, debe tomar en cuenta que es probable que no se pueda finalizar el tratamiento dental de su hijo en un ambiente seguro.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que comprendo lo antes mencionado, he hecho preguntas y recibido respuestas a mi satisfacción. Yo, también comprendo que si fuera necesario el uso de técnicas de estabilización o de óxido nitroso, se me explicarán con mayor detalle y se me pedirá autorización por separado para realizar cada una de ellas.

Padre o madre/representante legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Si se recomendara alguna de las técnicas a continuación, se le dará una explicación más detallada y será necesario que nos dé su autorización para cada una de ellas:**

1. **Estabilización de protección por el dentista:** El dentista estabiliza el movimiento del paciente sujetando las manos del paciente o la parte superior del cuerpo o colocando al paciente con firmeza en el sillón para los pacientes.
2. **Activo Estabilización de protección por el asistente o uno de los padres:** El asistente o uno de los padres estabiliza el movimiento del paciente sujetando las manos del paciente, estabilizando la cabeza, y/o el control de movimientos de las piernas.
3. **Pasivo Tablas de estabilización tipo Papoose y envolturas pediátricas y otra estabilización ayuda:** Estos son artefactos usados para estabilizar, limitando los movimientos del paciente perturbado para prevenir lesiones a sí mismos, al dentista, al asistente dental, y a otros en el área de tratamiento. El paciente se encuentra envuelto en el dispositivo y se coloca en el sillón dental reclinado.
4. **Oxido nitroso y oxígeno:** También conocido como el gas de la risa, el óxido nitroso y el oxígeno pueden administrarse al paciente al respirar por una mascarilla nasal. El óxido nitroso se utiliza para reducir la ansiedad. El paciente no pierde el conocimiento. Los efectos son completamente reversibles al final del procedimiento.

SHEET # \_\_\_\_\_

## DENTISTRY PATIENT MANAGEMENT TECHNIQUES

Patient(s) Name(s): \_\_\_\_\_

It is our intent that all professional care delivered in our center be of the best possible quality we can provide for each patient.

Providing high quality care requires that we teach children to become cooperative patients by guiding their behavior. Among the uncooperative behaviors that can interfere with the proper management of quality dental care are: hyperactivity, resistive movements, refusal to open mouth/keep open long enough to perform the necessary dental treatment, and even aggressive and/ or physical resistance to treatment, such as kicking, screaming, and grabbing at the dentist's hand or the sharp dental instruments.

**All efforts will be made to obtain the cooperation of dental patients by the use of warmth, friendliness, persuasion, humor, charm, gentleness, kindness, understanding, and the use of the following techniques:**

- 1. Tell-Show-Do:** The Dentist or assistant explains to the patient what is to be done using simple words and then shows the patient what is to be done by demonstrating with instruments on a model or the patient's or Dentist's finger. Praise is used to reinforce cooperative behavior.
- 2. Positive Reinforcement:** This technique rewards the patient who displays desirable behavior. Rewards include compliments, praise, and a pat on the back, a hug, or a prize.
- 3. Voice Control:** The attention of a disruptive patient is gained by changing the tone and increasing the volume of the Dentist's voice. The louder voice is controlled, and the Dentist is not angry. Content of the conversation is less important than the abrupt or sudden nature of the command.
- 4. Reassuring Touch by the Dentist/Dental Staff:** The Dentist and/or Dental Assistant holds the child's hands for reassurance, gives a gentle pat on the shoulder or upper arm, or gently positions the child's hands to a safe position. Reassuring touch is not part of protective stabilization described below.
- 5. Mouth Props:** A mouth prop, sometimes referred to as a 'tooth pillow', may be used with cooperative patients to help them keep their mouths open during treatment.

If you have any questions about any of the above techniques, please ask. Note: If you do not agree with any of the above methods listed, please let us know so that we may talk to you about them. But realize that it therefore may not be possible to complete any dental treatment for your child in a safe environment.

I, \_\_\_\_\_, certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, have been answered to my satisfaction. I further understand that if stabilization or nitrous oxide will be used techniques will be explained in greater detail and a separate consent form will be obtained for each

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**If any of the following techniques are recommended, you will be given further explanation and a separate consent will be necessary:**

- 1. Protective Stabilization by the Dentist:** The dentist stabilizes the patient from movement by holding the patient's hands or upper body, stabilizing the patient's head between the dentist's arm and body, or positioning the patient firmly in the dental chair.
- 2. Active Protective Stabilization by the Assistant or the Parent:** The assistant or parent stabilizes the patient from movement by holding the patient's hands, stabilizing the head, and/or controlling leg movements.
- 3. Passive Protective Stabilization - Papoose Boards and Pedi-Wraps:** These are stabilizing devices for limiting the disruptive patient's movements to prevent injury to themselves, the dentist, the dental assistant, and others in the treatment area. The patient is wrapped in the device and placed in a reclined dental chair
- 4. Nitrous Oxide and Oxygen:** Also known as laughing gas, nitrous oxide and oxygen may be provided for the patient to breathe through a nasal mask. Nitrous oxide is used to reduce anxiety. The patient does not become unconscious. The effects are completely reversible at the end of the procedure.

SHEET # \_\_\_\_\_

---

## ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

\* Usted puede rehusarse a firmar este acuse de recibo \*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido copia de la notificación de las prácticas de privacidad de este consultorio. Por la presente también acepto que he tenido oportunidad suficiente para leer la notificación de las prácticas de privacidad.

**[NOTA: Si hay más de un paciente en la misma familia, por favor escriba el nombre de TODOS los pacientes]**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/guardián/relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable (padre o madre /representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### FOR OFFICE USE ONLY – Where Responsible Party/Parent/Legal Guardian Does NOT Sign

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- \_\_\_ Individual refused to sign
- \_\_\_ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- \_\_\_ Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- \_\_\_ Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Office Representative (only if Acknowledgement not signed above).

---

## ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

---

\* You May Refuse to Sign This Acknowledgement \*

I, \_\_\_\_\_, have received a copy of this office's Notice of Privacy practices. I acknowledge that I have had the full opportunity to read the Notice of Privacy Practices.

**[NOTE: If there is more than 1 patient in same family, please list ALL patients]**

\_\_\_\_\_  
Patient Name

\_\_\_\_\_  
Patient's Parent or Guardian/Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian or Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Date

---

### FOR OFFICE USE ONLY – Where Responsible Party/Parent/Legal Guardian Does NOT Sign

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- \_\_\_ Individual refused to sign
- \_\_\_ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- \_\_\_ Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- \_\_\_ Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Office Representative (only if Acknowledgement not signed above).