

A Kidz Dental Zone of Hood River

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para la atención dental de su hijo/a. Creemos que usted y su hijo/a se merecen la mejor atención que podemos prestar. Nos comprometemos a tratar a todos los pacientes encomendados a nuestro cuidado como si fueran nuestros propios hijos.

Para que le podamos servir mejor, haga el favor de rellenar los formularios adjuntos antes de su consulta y tráigalos consigo. El documento más importante de este paquete es la historia clínica. Rellénelo de la manera más precisa posible y no dude en apuntar en el formulario cualquier comentario que usted crea que nos pueda ser de utilidad para entender el estado de salud de su hijo/a.

Ya que nuestro consultorio es para pacientes pediátricos, usamos un vocabulario totalmente diferente cuando les explicamos los tratamientos a los niños y a los pacientes muy ansiosos. Para que podamos realizar nuestro trabajo de la forma más eficaz, le pedimos que usted le describa a su hijo/a lo que hace un dentista, y lo que se puede esperar; pero, por favor, evite el uso términos como: “no duele”, “inyección”, “aguja”, “dolor o puntiagudo”. Evite el uso de palabras y descripciones negativas. Nos esforzamos por describir de una manera precisa lo que el paciente va a experimentar utilizando términos que son más descriptivos sobre lo que va a pasar en realidad, y los expresamos de una manera apropiada para la edad del niño/niña.

Otra gran diferencia entre nuestro consultorio y los demás dentistas es que animamos a los padres a acompañar al niño/niña a la sala de tratamientos. Le pedimos seguir algunas pautas. Por favor, absténgase de hablar con su niño/a cuando el dentista está hablando. Los niños sólo pueden contestar a una persona a la vez, y una interrupción podría resultar en que no se oiga una instrucción importante. Por favor, manténgase sentado en la silla que le proporcionemos. Si le pedimos que salga, por favor, hágalo de la manera más tranquila y rápida posible. No dude en hacer cualquier pregunta que tenga. Queremos que ustedes, los padres, estén lo más enterados posible con respecto al tratamiento que le estamos haciendo a su hijo/a.

Los niños muy pequeños a menudo lloran incluso durante los exámenes simples. Éste es un comportamiento normal y de ninguna manera nos altera. Así que no tenga pena ni trate de acallar al niño/a. En realidad, el llanto hace que nuestro trabajo sea más fácil, ya que se hace con la boca abierta de par en par.

Le agradecemos de nuevo por habernos encomendado el cuidado de su niño. Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

El personal de A Kidz Dental Zone of Hood River



Welcome Letter
10/2011SPNP1

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL NIÑO/NIÑA

Nombre Completo del Niño/Niña:	Edad:	F. de Nac.:	Sexo: F M
Nombre Preferido:	Pasatiempos/Mascotas:		
Domicilio del Niño/a:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Núm. de Tel.:
Núm. de Seguro Social del Niño/a:	Escuela:	Año Escolar:	
¿Con quién vive el niño/a? <input type="checkbox"/> Los Dos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:			
Médico del Niño/a:	Núm. de Tel.:		
Dirección del Médico:			

Recomendado por _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PADRE/MADRE

Nombre Completo de La Madre/Tutora Legal:	F. de Nac.:
Parentesco con el Niño/a: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal	Núm. de Seguro Social:
Domicilio:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Dirección para Correspondencia:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Dirección Electrónico:	Núm. de Licencia de Manejar:
Ocupación:	Empleador:
Dirección de Trabajo:	
Núm. de Tel. (en casa):	Núm. de Tel. (trabajo): Núm. Celular:

Nombre Completo del Padre/Tutor Legal:	F. de Nac.:
Parentesco con el niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal	Núm. de Seguro Social:
Domicilio:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Dirección para Correspondencia:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Dirección Electrónico:	Núm. de Licencia de Manejar:
Ocupación:	Empleador:
Dirección del Trabajo:	
Núm. de Tel. (en casa):	Núm. de Tel. (trabajo): Núm. Celular:

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre:	Parentesco:	Núm. de Tel.:
Nombre:	Parentesco:	Núm. de Tel.:

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____



HISTORIAL DENTAL

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:		Nombre del Padre/Madre/Tutor:	
Fecha de la última consulta dental que tuvo el niño/a:			Nombre del Dentista:		
¿Le sacaron radiografías?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Qué edad tenía su hijo/a cuando usted dejó de darle el biberón o el pecho? ___ años ___ meses					
¿Tiene su hijo/a hábitos orales (chuparse el dedo, usar un chupón, rechinar los dientes)? Si la respuesta es sí, por favor explique:					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Come su hijo/a entre las horas de comida?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Consume su hijo/a dulces, refrescos, o mastica chicle?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuándo se cepilla los dientes su hijo/a? Al levantarse <input type="checkbox"/> Después de comer cualquier alimento <input type="checkbox"/> Justo después de las comidas <input type="checkbox"/> Antes de acostarse <input type="checkbox"/>					
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo/a? _____					
¿Se limpia los dientes con hilo dental su hijo/a?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? _____					
¿Cómo obtiene fluoruro su hijo/a? Agua Comunitaria <input type="checkbox"/> Agua del Pozo <input type="checkbox"/> Gotas o Pastillas de Fluoruro <input type="checkbox"/> Enjuague o Gel de Fluoruro <input type="checkbox"/>					
¿Le ayuda un adulto a su hijo/a a cepillarse los dientes, a limpiarse con hilo dental o a usar productos de fluoruro?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido caries?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le han extraído dientes (ya sean de leche o permanentes)?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido lesiones en los dientes a consecuencia de caídas, golpes o roturas de un trocito del diente? Si la respuesta es sí, por favor explique:					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido su hijo/a problemas con el síndrome de ATM (la articulación de la mandíbula)? Si la respuesta es sí, por favor explique:					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido su hijo/a algún problema con los tratamientos dentales? Si la respuesta es sí, por favor explique:					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún familiar, incluidos los padres, tratamientos ortodóncicos?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido su hijo/a un anestésico local?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido su hijo/a sellantes oclusales?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿A su hijo/a le parece que tiene algún problemas con los dientes? Si la respuesta es sí, por favor explique:					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si usted tiene alguna información adicional que nos puede ser de utilidad, por favor coméntela aquí:					
Firma del Padre/Madre/Tutor:			Firma del Profesional Dental:		
Fecha:			Fecha:		



Historia Clínica

Nombre del Paciente:		Nombre del Padre/Madre/Tutor:	
Médico de Cabecera (nombre y núm. tel.):			
Por favor, marque cualquiera de los siguientes problemas médicos que haya padecido su hijo/a.			
CORAZÓN	soplo en el corazón <input type="checkbox"/> prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> fiebre reumática <input type="checkbox"/> defecto congénito del corazón <input type="checkbox"/> baja/alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> cirugía del corazón <input type="checkbox"/> otro problema del corazón <input type="checkbox"/> (Si es que sí, ¿cuál? _____)		
RIÑONES	vejiga <input type="checkbox"/> problemas urinarios <input type="checkbox"/>		
HÍGADO/ GASTROINTESTINAL	úlceras estomacales o intestinales <input type="checkbox"/> gastritis <input type="checkbox"/> colitis <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> hepatitis <input type="checkbox"/> enfermedad hepática <input type="checkbox"/> enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) <input type="checkbox"/>		
SISTEMA ENDOCRINO	diabetes <input type="checkbox"/> tipo ____ enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/>		
HEMATOLÓGICO	transfusiones de sangre <input type="checkbox"/> fecha(s): _____ anemia <input type="checkbox"/> hemofilia <input type="checkbox"/> leucemia <input type="checkbox"/> enfermedad de células falciformes (drepanocitosis) <input type="checkbox"/> sangrado prolongado <input type="checkbox"/>		
PULMONES/ RESPIRACIÓN	fiebre del heno <input type="checkbox"/> problemas con los senos nasales <input type="checkbox"/> alergias o urticaria <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> tos crónica <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> tuberculosis <input type="checkbox"/>		
NEUROLÓGICO	trastorno nervioso <input type="checkbox"/> trastorno mental <input type="checkbox"/> parálisis cerebral <input type="checkbox"/> trastorno convulsivo/epilepsia <input type="checkbox"/> desmayos <input type="checkbox"/> retraso mental <input type="checkbox"/> lesiones cerebrales <input type="checkbox"/> retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> dolores de cabeza <input type="checkbox"/> trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) <input type="checkbox"/> autismo <input type="checkbox"/> trastorno del habla <input type="checkbox"/>		
AUDICIÓN/ VISIÓN	problemas con la visión <input type="checkbox"/> glaucoma <input type="checkbox"/> dolor en los ojos <input type="checkbox"/> dolores en el oído <input type="checkbox"/> pérdida de audición <input type="checkbox"/>		
DERMATOLÓGICO/ MUSCULOESQUELÉTICO	sarpullido <input type="checkbox"/> alergia al látex <input type="checkbox"/> artritis <input type="checkbox"/> herpes labial (fuego labial) <input type="checkbox"/> úlceras <input type="checkbox"/>		
¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad, afección u otro problema de salud que no se haya mencionado arriba? Si es que sí, ¿cuál?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
* <i>Está tomando su hijo/a algún medicamento, incluyendo vitaminas y suplementos herbales? Si es que sí, ¿cuáles y a qué dosis?</i>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desde su nacimiento hasta la fecha, ¿alguna vez estuvo ingresado su hijo/a en el hospital? Si es que sí, ¿por qué y cuándo?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le han operado a su hijo/a? Si es que sí, ¿por qué y cuándo?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido su hijo/a radioterapia o quimioterapia? Si es que sí, ¿por qué y cuándo?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Consume su hijo/a alguna forma de tabaco?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo/a SIDA, o le ha dado positiva un prueba de VIH?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está su hijo/a al día con sus inmunizaciones?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo/a alguna alergia a medicamentos o alimentos? Si es que sí, ¿cuáles?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es adoptado su hijo/a?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Lo sabe su hijo/a?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MUJERES: ¿Hay una posibilidad de embarazo? ¿Toma ella algún medicamento anticonceptivo?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Firma del Padre/Madre/Tutor:			Fecha:

INFORMACIÓN DE SEGURO

Hay que pagar los servicios en el momento en que se prestan.

Forma de Pago: _____ En Efectivo _____ Cheque _____ Tarjeta de Crédito (MC o VISA) _____ CareCredit

Compañía Principal de Seguros *Dentales*:

Dirección: _____ Núm. Tel.: _____

Núm. de Póliza: _____ Núm. de Grupo: _____ Empleador: _____

Titular del Seguro: _____ Núm. de Seguro Social _____ F. de Nac.: _____

Compañía Secundaria de Seguros *Dentales*:

Dirección: _____ Núm. Tel.: _____

Núm. de Póliza: _____ Núm. de Grupo: _____ Empleador: _____

Titular del Seguro: _____ Núm. de Seguro Social _____ F. de Nac.: _____

Compañía Principal de Seguros *Médicos*:

Dirección: _____ Núm. Tel.: _____

Núm. de Póliza: _____ Núm. de Grupo: _____ Empleador: _____

Titular del Seguro: _____ Núm. de Seguro Social _____ F. de Nac.: _____

Compañía Secundaria de Seguros *Médicos*:

Dirección: _____ Núm. Tel.: _____

Núm. de Póliza: _____ Núm. de Grupo: _____ Empleador: _____

Titular del Seguro: _____ Núm. de Seguro Social _____ F. de Nac.: _____

La política de nuestro consultorio es que la persona que acompaña al niño o la niña a la consulta, ya sea el padre o la madre, será responsable por el pago del tratamiento o servicios prestados.

Acuerdo Financiero:

Entiendo que soy responsable del pago de todo tratamiento dental para el antes mencionado paciente. Entiendo que soy responsable por el pago de cualquier gasto que no esté cubierto por el seguro dental o médico del paciente. En el caso de que tuviéramos que remitir la cuenta a un abogado para el cobro, el abajo firmante pagará los honorarios razonables del abogado y los gastos de cobro.

Nombre del Niño/Niña: _____

Nombre (en letras de molde)

Nombre (en letras de molde)

Firma

Firma



Políticas de Pago y Acuerdo

Política de Pago/Seguro

En un esfuerzo para mantener los costos dentales a un nivel razonable, y a la vez mantener un alto nivel de atención profesional, nos encargamos de presentar las reclamaciones al seguro de parte de nuestros pacientes. **Los pacientes con seguro tendrán que pagar el aporte estimado que le corresponde al paciente en el momento en que se preste el servicio.** Esta cantidad es un cálculo de su copago y nos vamos a esforzar por hacer el cálculo lo más exacto posible. Sin embargo, usted es responsable del pago, sea la que sea la determinación arbitraria por parte de la compañía de seguros de las tarifas normales y habituales. Usted es responsable de los deducibles, copagos y coaseguro. Además toda resolución de conflictos será entre usted y su compañía de seguros.

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques, Visa® y MasterCard®. Además, como beneficio añadido para usted, ofrecemos planes de pagos mensuales a través de CareCredit® y financiación a través de nuestra clínica. Por favor, hable con nuestra coordinadora financiera para información sobre sus opciones de pago. Como cortesía a nuestros pacientes, ofrecemos un descuento de 5% cuando se paga en su totalidad el servicio en el momento que se preste, ya sea con dinero en efectivo o con cheque.

Anticipos para Procedimientos Quirúrgicos y con Sedación Oral

Al programar un procedimiento quirúrgico o con sedación oral, se cobrará un anticipo de \$200.00 para la sedación oral o \$400.00 para procedimientos quirúrgicos. El anticipo le será reembolsado cuando se realice el procedimiento programado, y haya sido satisfecha cualquier deuda pendiente en su cuenta. También se cobrará el importe estimado que le corresponda al paciente (coaseguro y/o deducibles) antes del día del procedimiento.

Política de Inasistencia a Los Procedimientos Quirúrgicos y con Sedación Oral

Debido a la alta demanda de las citas para procedimientos quirúrgicos y con sedación oral, implementamos una "Política de Inasistencia a Los Procedimientos Quirúrgicos y con Sedación Oral" para animar a nuestros pacientes a que asistan a las citas programadas. Si usted no puede asistir a su cita programada, **tiene que llamar** para cancelar o programar otra fecha con por lo menos **72 horas de anticipación**. Si no recibimos una notificación de cancelación con por lo menos 72 horas de anticipación, a usted se le cobrará un **recargo no reembolsable de \$200.00 por no asistir a un procedimiento quirúrgico o con sedación oral.**

Nos damos cuenta de que a veces las personas se enferman repentinamente, así que le pedimos que se ponga en contacto con nosotros en seguida y programe una cita para su niño/a antes del procedimiento para un chequeo médico.

Política de Inasistencia a Las Citas

Nos esforzamos mucho por poder ver a todos nuestros pacientes de una manera puntual; así que, cuando alguien no asiste a su cita, esto resulta en una oportunidad perdida para atender a los niños de nuestra comunidad. Nuestra clínica se esfuerza por mantener nuestros precios competitivos y la inasistencia a las citas por parte de algunos perjudica a todos nuestros pacientes. Las consecuencias económicas pueden ser significativas. Por lo tanto, hemos establecido una política respecto a la inasistencia a las citas, la que dispone que **habrá un recargo de \$50.00 por las citas que no se cancelan con por lo menos 48 horas de anticipación.**

Entiendo que soy responsable de pagar todos los honorarios por el tratamiento dental del paciente cuyo nombre aparece a continuación. Entiendo además que soy responsable de pagar cualquier gasto no pagado por el seguro médico o dental del paciente. El/la abajo firmante acepta que, si la cuenta fuera remitida a un abogado para la cobranza, la parte responsable pagará los gastos contraídos.

Firma de Padre/Madre/Tutor

Fecha

ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Yo, _____, acuso recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio con respecto al tratamiento de mi hijo/a, _____.

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

PADRE/MADRE/TUTOR QUE DA CONSENTIMIENTO

Al Padre/ Madre/Tutor: POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted nos da su consentimiento para utilizar y compartir la información médica confidencial para propósitos de tratamiento, remuneración y operaciones de atención médica.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad tal como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, proporcionaremos un nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad revisado con dichos cambios. Es posible que esos cambios se apliquen a toda su información médica confidencial que mantengamos.

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Núm. Tel. _____

FIRME A CONTINUACIÓN SÓLO SI QUIERE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO

Por medio del presente, revoco mi consentimiento para el uso y revelación de mi información médica confidencial para propósitos de tratamiento, remuneración y operaciones de atención médica.

Entiendo que la revocación de mi Consentimiento no afecta ninguna acción que ustedes hubiesen tomado basándose en mi Consentimiento antes de que ustedes recibieran este Aviso de Revocación por escrito. También entiendo que ustedes tienen derecho a negarse a atenderme o seguir atendiéndome después de que yo haya revocado mi Consentimiento.

Firma de Padre/Madre/Tutor : _____ Fecha: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO.



A Kidz Dental Zone of Hood River

419 West State Street

Hood River, OR 97031

P: 541.387.8688

Autorización para Transferir Expedientes Médicos/Dentales

Autorizo por medio de la presente

a _____ para proporcionar información médica o dental respecto a (nombre del paciente):

a *A Kidz Dental Zone of Hood River, 419 West State Street, Hood River, OR 97031.*

Se puede facilitar toda información, incluyendo pero no limitándose a todas las radiografías, planes de tratamiento, información demográfica, expedientes de salud mental, expedientes relacionados con el abuso de drogas y alcohol, y los resultados de los análisis de VIH, si es que hay, excepto lo específicamente dispuesto a continuación:

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Firma: _____

Fecha: _____

Si la persona que firma no es el paciente, indique el parentesco:

1. Padre, madre o tutor del paciente menor de edad
2. Tutor o curador de un paciente que no tiene el pleno uso de sus facultades mentales
3. Beneficiario o representante personal de un paciente difunto



MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Los dentistas pediátricos están especialmente capacitados tanto en el cuidado como en el manejo del comportamiento de los niños. El desarrollo emocional y psicológico de los niños y los adolescentes forma parte de esta capacitación especial. Estamos comprometidos a tratar a los niños con dulzura y tranquilidad. La relación doctor-paciente exige cierto nivel de cooperación por parte del paciente. La cooperación adecuada nos permite prestar, de manera segura, una atención de calidad. Nos esforzamos mucho por lograr de manera exitosa nuestra meta de una atención segura y de alta calidad.

Los dinámicos de un consultorio dental son complicados y exigen un trabajo de equipo entre el dentista, el personal, el niño/a y el padre/madre. El líder del equipo es, por necesidad, el dentista, ya que éste es el que tiene la responsabilidad legal y moral por la seguridad y la calidad. Se hace todo lo posible para que la experiencia de su niño/a sea lo más agradable y cómoda posible. La mayoría de los niños aceptan de buena gana la atención dental como una parte de la vida natural y no amenazante. Algunos niños son, por su naturaleza, resistentes, recalcitrantes, o de otra manera poco dispuestos a cooperar incluso para los procedimientos más simples, y es posible que el personal necesite utilizar otros métodos para el manejo del comportamiento. El motivo inicial de la consulta dental es observar cómo va a reaccionar el niño/a al dentista y al personal. La responsabilidad del padre o de la madre es dar permiso para que el personal dental interactúe con el niño/a, y no intervenir a menos que se le pida participar. Esto es algo difícil para muchos padres y se necesita cierto nivel de confianza en el dentista y su personal. Al intervenir a favor del niño/a, el padre o la madre da a entender que la atención dental no es importante, y que se puede evitar si así lo desea el niño/a. Además, al intervenir, puede que usted impida que el dentista y su personal evalúen de una manera eficaz el comportamiento y reacción del niño/a para determinar la mejor forma de proceder para ese niño/a.

Hay ciertas reglas con respecto al comportamiento que son esenciales para garantizar un resultado exitoso de la atención dental. A veces se vuelve necesario que el dentista o su personal se ponga autoritario verbal o físicamente para convencer a un niño/a, que es por lo demás capaz, a que haga su parte en el dinámico del equipo. Estos momentos siempre estarán acompañados del refuerzo positivo por cualquier conducta apropiada y de palabras reconfortantes y tranquilizadoras.

Existen varias técnicas de manejo del comportamiento reconocidas por los pediátricos y los dentistas pediátricos como apropiadas para el control de comportamientos peligrosos o perturbadores en el ambiente clínico. La mayoría de los niños reaccionan muy bien a esas técnicas. Ninguna de estas técnicas de manejo del comportamiento ha resultado en trauma psicológica a largo plazo. Los niños tienen una necesidad fundamental de que los padres pongan ciertos límites sobre el comportamiento. Demasiada libertad les provoca más dificultades. Los niños se sienten más seguros cuando los adultos demuestran interés y cariño imponiendo límites y haciéndolos cumplir. La imposición de límites les enseña la diferencia entre el comportamiento adecuado y el no adecuado. Empleamos de una manera práctica y natural estas técnicas de manejo del comportamiento. En ningún momento presentamos lo que estamos haciendo como una especie de castigo, sino buscamos ayudar al niño/a a hacer frente a una situación posiblemente estresante.

Algunos de los métodos que usamos para lograr la cooperación son:

- a. Explicar-demostrar-realizar.
- b. Refuerzo positivo.
- c. Maquetas de la boca.
- d. Control de la voz.
- e. Inmovilización física, ya sea pasiva o activa.
- f. Ejercicio "mano sobre la boca".
- g. Sedación consciente
- h. Anestesia general en el quirófano hospitalario.

Obviamente, tratamos de encontrar y utilizar la técnica menos autoritaria y más adecuada para el niño y la situación. Los sedantes y la anestesia general presentan riesgos para el niño/a que no se producen con otras formas de manejo. Estos riesgos incluyen inquietud, náuseas y vómitos, interrupción de la respiración, irregularidades cardíacas, daños cerebrales y muerte. Estos riesgos son sumamente pequeños, pero sí existen. En realidad, el riesgo de no tratar la enfermedad dental conlleva un riesgo más alto para el niño/a. Estos riesgos incluyen dolor, hinchazón, fiebre, mala nutrición, mal desempeño académico, daños a los dientes permanentes, infecciones de los riñones y de las válvulas cardíacas, infecciones de los senos nasales y del cerebro, y muerte. No dude usted en conversar con el dentista o con el personal sobre cualquiera de estas técnicas de manejo del comportamiento.

He leído y entiendo la información anterior.

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letras de molde): _____

Firma: _____

Date: _____



TERMINOLOGÍA USADA EN NUESTRO CONSULTORIO

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Con el fin de mejorar la posibilidad de que su hijo/a tenga una experiencia positiva en nuestro consultorio, elegimos con cuidado nuestras palabras. Tratamos de evitar el uso de palabras que puedan alterar al niño/a debido a experiencias anteriores. Por favor, muestre su apoyo EVITANDO el uso de palabras negativas. Use palabras positivas.

NO USE:

- *Inyección
- *Aguja
- *Medicamento
- *Fresa
- *Perforar el diente con la fresa

- *Extraer el diente
- *Caries

- *Examen
- *Limpieza dental
- *Explorador dental
- *Dique de goma
- *Gas
- *Succión
- *Rociador de agua/aire

NUESTRO EQUIVALENTE:

- *Rociador o jugo de sueño
- *Punta del rociador
- *Jugo
- *Silbato
- *Limpiar el diente, espantar a los bichos azucareros
- *Mover el diente
- *Bichos azucareros o bichos dentales
- *Contar los dientes
- *Hacerles cosquillas a los dientes
- *Lápiz de plata
- *Impermeable
- *Aire mágico o gas hilarante
- *Popote
- *Pistola de agua

Estos términos también le ayudarán a usted a entender la descripción por parte de su hijo/a sobre su experiencia en el consultorio del dentista. Nuestra intención no es “engañar” al niño/a, sino crear una experiencia positiva.

Le agradecemos su cooperación en ayudarnos a fomentar una buena actitud por parte de su hijo/a.



AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA A MENORES

Yo (Nosotros):

<i>Nombre:</i>	<i>Domicilio:</i>	<i>Núm. de Tel.:</i>

soy (somos) el padre, la madre o tutor legal (los padres o tutores legales) y guardián(es) legal(es) del (de los) siguiente(es) menor(es):

<i>Nombre:</i>	<i>F. de Nac.</i>	<i>Problemas Médicos Especiales</i>

Por medio de la presente autorizo (autorizamos) a:

<i>Nombre:</i>	<i>Domicilio:</i>	<i>Núm. de Tel.:</i>

a quien(es) le(s) encomiendo (encomendamos) temporariamente el cuidado y custodia de mi(s) (nuestros) hijo(s) menor(es) de edad, a que autorice(n) la prestación al (a los) menor(es) cualquier rayo-X; examen; anestésico; diagnóstico médico, quirúrgico o dental; los tratamientos de dichos diagnósticos y la atención hospitalaria, bajo la supervisión, ya sea general o específica, de cualquier médico, cirujano o dentista autorizado para ejercer la medicina, la cirugía o la odontología, y según los consejos del mismo.

Esta autorización entrará en vigor a partir de la fecha en que se firma hasta el _____, 20_____, pero su vigencia no durará más allá de los seis (6) meses después de la fecha en que se firma.

Firmas:

Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Testigo

Fecha



A Kidz Dental Zone of Hood River

Estimados Padres,

A Kidz Dental Zone está orgulloso de su hijo/a por haber hecho un trabajo excepcional con la limpieza de los dientes. Nos gusta reconocer los logros de su hijo/a y sus celebraciones infantiles. En honor de su hijo/a, quisiéramos exponer su foto en nuestro portarretratos digital, en el club de no caries, en los folletos de la clínica, y/o en la publicidad de nuestra clínica, así como en la página *Facebook* de *AKDZ* para reconocer el gran esfuerzo de su hijo/a.

Por favor, firme esta autorización y devuélvala a *A Kidz Dental Zone*. Con mucho gusto le podemos proporcionar una copia para guardar también.

Yo, _____ soy el padre/madre/tutor de
_____ y autorizo a *A Kidz Dental Zone* para exponer la foto de mi hijo/a en honor de sus excelentes hábitos dentales y sus celebraciones especiales.

¡Gracias por habernos permitido disfrutar de los emocionantes logros dentales de su hijo/a!



419 West State Street, Hood River, Oregon 97031
P: 541.387.8688