

# Pediatric Dental Associates

Arnold L. Golnick, D.D.S., M.S.  
Michelle Tiberia, D.D.S., M.S.

Jason M. Golnick, D.D.S., M.S.  
Andreina Castro, D.D.S., M.S.



21213 Ecorse Rd. • Taylor, MI 48180 • (313) 292-7777 • (313) 292-7515 Fax  
2300 Haggerty Road, Ste 1180 • West Bloomfield, MI 48323 • (248) 668-0022 • (248) 668-2162 Fax

Bienvenidos a nuestra oficina. Para el beneficio de su hijo/a es importante llenar este cuestionario completamente. Toda la información es confidencial y no será revelada sin su consentimiento. Agradecemos escribir claro, y si tiene alguna duda porfavor comuníquelo para gustosamente responderle. Gracias.

## Información Personal Del Niño

Nombre ( apellido) \_\_\_\_\_ (nombre) \_\_\_\_\_ (apodo) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Generó : masculino femenino Peso \_\_\_\_\_

Médico ( nombre) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

Farmacia (nombre) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

## Evaluacion Médica Del Niño

*Circule si o no*

- Si o No 1. Está su niño en buena salud? Fecha del último exámen médico? \_\_\_\_\_  
Si o No 2. Está su niño actualmente bajo cuidado de un médico? Para qué? \_\_\_\_\_  
Si o No 3. Ha sido su niño hospitalizado por alguna razón seria? Alguna cirujía? \_\_\_\_\_  
Si o No 4. Es su niño alérgico o ha tenido una reacción a alguna medicina? Látex? \_\_\_\_\_  
Si o No 5. Está su niño tomando alguna prescripción, medicina, o pastilla? \_\_\_\_\_  
6. Tiene su niño alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

Murmullos del Corazón/Fiebre reumatica	Si No	Problema de la tiroide	SI No	Problemas de sinusitis	SI No
Problemas del riñón/orina	Si No	Desorden de la sangre/Anemia	SI No	Epilepcia	Si No
Hepatitis/Problemas del hígado	Si No	Asma/ respiración/TB	SI No	Diabetes /Azúcar	SINO
Problema de atención corta (ADD)	Si No	Hiperactividad	SI No	Colitis/ úcera	SI No
Sordera	Si No	Ceguera/Visión	SI No	Problemas del Corazón	SI No
Prolapso de la válvula mitral	Si No	Articulaciones/Clavos	SI No	Herpes/ úlceras de la boca	SI No
Nacimiento prematuro	Si No	Complicaciones en el parto	SI No	Cáncer/Tumor	SI No
Radioterapia	Si No	Desórdenes del estómago	SINO	Sangramiento prolongado	SI No

Si No 7. Ha sido su niño expuesto o diagnosticado con VIH o SIDA?

Si No 8. Ha tenido su niño ayuda psiquiátrica o psicológica? \_\_\_\_\_

Si No 9. Su hijo/a fuma o usa productos de tabaco? Cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_

Si No 10. Tiene su niño alguna inhabilidad de aprender o atiende una escuela especial? \_\_\_\_\_

Si No 11. Algún otro comentario sobre la condición médica de su niño que debemos saber? \_\_\_\_\_

Si No 12. Está su hija embarazada? Cuándo es la fecha del parto? \_\_\_\_\_

## Historia Dental Del Niño

Cual es la razón por cual trajo a su niño a nuestra oficina hoy? \_\_\_\_\_

- Si No 1. Es esta la primera visita al dentista de su niño?  
Cuando fue el último examen dental? \_\_\_\_\_ Nombre del dentista \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_
- Si No 2. Se esta quejando su niño de algun malestar dental? \_\_\_\_\_
- Si No 3. Ha tenido su niño un empaste o un diente extraido? \_\_\_\_\_
- Si No 4. Se le ha suministrado a su niño anestésico en la boca (inyeccion para dormir el diente)?  
Cual fue la reacción de su niño? \_\_\_\_\_
- Si No 5. Se le ha suministrado a su niño oxido nitroso ( gas para reir o relajarse)?
- Si No 6. Tiene su niño algun diente flojo?
- Si No 7. Le sangran las encias a su niño cuando le cepilla los dientes?
- Si No 8. Le cepilla usted los dientes a su niño? Cuantas veces al dia? \_\_\_\_\_
- Si No 9. Se cepilla el niño sus propios dientes? Cuantas veces al dia? \_\_\_\_\_
- Si No 10. Usan hilo dental usted o su niño a la hora de cepillarle los dientes? Cuantas veces? \_\_\_\_\_
- Si No 11. Come su niño entre comidas? Snack favorita? (jugo, galletas etc.) \_\_\_\_\_
- Si No 12. Siente su niño dolor al abrir o cerrar la boca?
- Si No 13. Aprieta o rechina su niño los dientes? Cuando? \_\_\_\_\_
- Si No 14. Tiene previsto tratamiento de ortodoncia para su niño? Nombre del ortodoncista? \_\_\_\_\_
- Si No 15. Tiene su niño algun habito oral? Chupon Tetero. Se muerde las uñas Se chupa el dedo
- Si No 16. Tiene su niño algun problema del habla? \_\_\_\_\_
- Si No 17. El agua que toma su niño es de filtro, de botella, o de pozo?
- Si No 18. Usa su niño fluoruro? En la pasta? Tabletas? Professional?
- Si No 19. Participa su niño en algun deporte?
- Si No 20. Ha tenido experiencias negativas con un dentista?
- Si No 21. Anticipa que su niño va a tener dificultad con tratamiento dental?
- Algun comentario adicional? \_\_\_\_\_

Yo doy mi consentimiento para que el médico o el dentista previo de mi hijo pueda ser llamado para completar los detalles de la historia médica o dental si es requerido. \_\_\_\_\_ Iniciales del padre /guardian

### Poliza de La Oficina

El tiempo para su cita sera reservada especialmente para usted y su hijo/a. Se requiere aviso de 24 horas si no puede mantener su cita, de otra manera sera necesario aplicar un cargo por el tiempo perdido.

El pago se debe efectuar el mismo dia que se haga el tratamiento, a menos que se tenga un arreglo especial, previo a empezar el tratamiento. Aceptamos el pago de su compañía de seguro, sin embargo, usted es el último responsable por todos los cargos. Es su responsabilidad entender los beneficios, deducibles, y elegibilidad de su compañía de seguro.

### Consentimiento Para Tratamiento Dental

La informacion dada en esta forma es correcta y en lo mayor de mi conocimiento. Yo (nombre) \_\_\_\_\_ entiendo que toda informacion medica y dental sera confidencial. Yo doy mi consentimiento para que se haga todo el tratamiento recomendable y necesario para mi hijo/a (nombre) \_\_\_\_\_, y acepto responsabilidad de los cargos. Acepto la poliza de la oficina.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### HEALTH HISTORY UPDATE

Have there been any changes in your child's health or medications since the last update?

Yes	No	Date _____	Comments _____	Signature _____
Yes	No	Date _____	Comments _____	Signature _____
Yes	No	Date _____	Comments _____	Signature _____
Yes	No	Date _____	Comments _____	Signature _____

## Información Personal y de su Compañía de Seguro

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género(círcule uno): Masculino Femenino

Dirección(calle): \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal) \_\_\_\_\_

Referido por (nombre) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#Seguro Social (del padre) \_\_\_\_\_ (Círcule uno): Casado Soltero Divorciado

Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono(casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_

Patrón:(del padre): \_\_\_\_\_ (círcule uno): Pago Por hora o Salario

Compañía de seguro(dental): \_\_\_\_\_ (numero de la poliza) \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#Seguro Social(de la madre) \_\_\_\_\_ (Círcule uno): Casada Soltero Divorciada

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_

Patrón(de la madre): \_\_\_\_\_ (círcule uno): Pago Por hora o Salario

Compañía de seguro(dental): \_\_\_\_\_ (numero de la poliza) \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ (teléfono): \_\_\_\_\_

\*\*Si los padres no son responsables por los cargos o la compañía de seguro

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha deNacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_

#Seguro Social(del representante legal): \_\_\_\_\_ (círcule uno): Casado Soltero Divorciado

Patrón(del representante legal): \_\_\_\_\_ (círcule uno): Pago Por hora o Salario

Compañía de seguro(dental): \_\_\_\_\_ (numero de la poliza): \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ (teléfono): \_\_\_\_\_

Dr. Arnold Golnick  
Dr. Michelle Opalka

2300 Haggerty Rd. #1180  
W. Bloomfield, Mi 48323  
(248) 668-0022

Dr. Jason Golnick  
Dr. Andreina Castro

21213 Ecorse Rd.  
Taylor, Mi 48180  
(313)292-7777

Estimado paciente,

Debido a los cambios constantes en las compañías de seguro, es muy difícil interpretar la cobertura individual y determinar las responsabilidades financieras. Aunque nos esforzamos para siempre estar enterados de los cambios de su compañía de seguro, es muy difícil y no siempre se nos hace posible.

**Es su responsabilidad comprender su propia compañía de seguro.** Si tiene alguna duda de su cobertura, deducible, o póliza de su seguro, por favor comuníquese a su patrón o a la misma compañía de seguro.

El fallar en esta sugerencia le puede resultar a usted, o al representante legal del niño, ser responsable por todos los cargos incurridos. Por favor recuerde, su compañía de seguro es un acuerdo entre usted y su patrón, no entre la compañía de seguro y su doctor.

Con esto presente, nosotros procuraremos ayudarlos a resolver conflictos con el seguro, siempre que sea posible.

Todos los co-pagos, deducibles, cargos del manejo del comportamiento y cualquier balance en su cuenta deben ser cancelados por completo antes de empezar el tratamiento dental. Aceptamos tarjetas de crédito, cheques personales, y pago en efectivo. Arreglos de pago pueden ser hechos por adelantado.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Acknowledgement Receipt of Notice Privacy Practices

## Pediatric Dental Associates, PLLC

Dr. Jason Golnick DDS, MS

Dr. Andreina Castro DDS, MS

Dr. Samuel Blanchard DDS, MS

## Orthodontics

Dr. Sri Sudha Boppana BDS, DDS, MS

21213 Ecorse Rd.

Taylor, MI 48180

Office-313-292-7777

Fax- 313-292-7515

I was able to view the posted copy of the privacy practices of Pediatric Dental Associates PLLC and Orthodontics.

I also understand that I am able to request a hard copy of the privacy practices of Pediatric Dental Associates and Orthodontics at any time.

---

Parent/Legal Guardian Signature

Date

Relationship to Patient

Jason M. Golnick, D.D.S., M.S.  
Danny Kalash, D.M.D., M.P.H.



Andreina Castro, D.D.S., M.S.  
Samuel Blanchard, D.D.S., M.S.

*We love to see our patients smile!*

### Formulario de Autorizacion Medica de Menores

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a las siguientes personas para dar autorizacion medica sobre mis hijos/hijas en esta oficina.

Yo entiendo que soy responsable sobre el tratamiento y servicio autorizado por mis representantes.

Yo entiendo que puedo ponerle termino a esta forma. Yo debo notificar a esta oficina sobre el termino de esta autorizacion en forma escrita y con fecha de termino.

NOMBRES DE REPRESENTANTES

RELACION

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

RELACION CON PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**Taylor**

21213 Ecorse Road | Taylor, MI 48180 | 313.292.7777 | 313.292.7515 (fax)

**West Bloomfield**

2300 Haggerty Road | Suite 1180 | West Bloomfield, MI 48323 | 248.668.0022 | 248.668.2162 (fax)

