



Special Anesthesia Services
 727 N. Baltimore
 Derby, KS 67037
 Phone: 316-788-5939
 Fax: 316-788-5945
 Email: office@sleepinsafety.com
 Website: www.sleepinsafety.com

Registro de Pacientes Pediatricos

Complete esta pagina de registro y enviela.

Fecha: _____ Altura del paciente: _____ Peso: _____ kg libras
 Nombre del dentista: _____ Dia de la cita: _____ Hora: _____ Longitud: _____
 Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____
 Edad del paciente: _____ sexo del paciente: masculino femenina
 Direccion del paciente: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
 Correo Electronico: _____

Informacion de contacto del paciente: *complete todos los contactos correspondientes con los que le esta dando permiso a nuestro consultorio para hablar con respecto a la proxima cita de sedacion dental de este paciente.*

Relacion con la/el paciente	Nombre	Numero de telefona con codigo de area
Padre Biologico		
Madre Biologico		
Padre Adoptivo		
Madre Adoptivo		
Guardian		
Abuelo/Abuela		
Otro:		

Aseguranza medico primaria: No aceptamos aseguranzas dentales!

Compania de aseguranza : _____ Empleado: _____
 Nombre del titular de la tarjeta: _____ fecha de nacimiento: _____
 Numero de identification: _____ Numero de Grupo: _____

Aseguranza medico secundaria:

Compania de aseguranza : _____ Empleado: _____
 Nombre del titular de la tarjeta: _____ fecha de nacimiento: _____
 Numero de identification: _____ Numero de Grupo: _____



Special Anesthesia Services
727 N. Baltimore
Derby, KS 67037
Phone: 316-788-5939
Fax: 316-788-5945
Email: office@sleepinsafety.com
Website: www.sleepinsafety.com

Informacion de seguro dental

El Seguro dental del paciente es a traves de BCBS of Kansas? Si No

Tarjetas de Seguro medico

Envie una copia de las tarjetas de Seguro medico del paciente. Incluya el anverso y el reverso de cada tarjeta y todos los seguros medicos que tenga el paciente.

Si este formulario se completa en una tableta en casa o en el consultorio dental, envíe la imagen a continuacion. Si esta completando este paquete de documentacion en una computadora u otro dispositivo, tome una fotografia del frente y el reverso de cada tarjeta de Seguro medico y envíe un mensaje de texto a sas444@icloud.com o puede enviar las tarjetas por correo electronico a nuestra oficina en office@sleepinsafety.com.

Tambien puede recibir un mensaje de texto de sas444@icloud.com solicitando una copia de sus tarjetas de seguro, si no se envian con este paquete de documentacion. La informacion que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro es importante para que nuestro departamento de facturacion pueda enviar reclamos de manera eficiente y precisa.

Tarjetas de seguro enviadas a traves de una tableta? Si No

Las tarjetas de seguro se enviaron por mensaje de texto a sas444@icloud.com? Si No

Seguro medico primario

Frente Espalda

Seguro medico secundario

Frente Espalda

Historial Medico Pediatrico

Nombre del paciente: _____ **fecha de nacimiento:** _____

Edad del paciente: _____ **sexo del paciente:** masculino femenina

Altura del paciente: _____ **Peso:** _____ kg libras

Nombre del medico de cabecera: _____

Numero de telefona del medico de cabecera: _____

El paciente ve a algun medico especializado? Por favor complete si es asi Si No

Tipo de especialista	Nombre del especialista	Numero del telefono y ubicacion
Cardiologa		
Neurologa		
Neumologa		
Gastroenterologa		
Alergologa		
Nefrologa		
Urologa		
Cirujano plastico		
Otro:		

Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas, describala en el cuadro

*Su hijo esta siendo tratado por un medico en este momento: Cuando describa: Si No

*Su hijo/hija ha estado enferma en las ultimas 6 semanas? Cuando describa: Si No

*Esta su hijo tomando algun medicamento? Indique el nombre y la dosis: Si No

*Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado, operado o tratado en la sala de emergencias? Si No

*Alguna vez su hijo o miembros de su familia ha tenido una reaccion/problema con un anestésico? Si No

*Su hijo ha tenido alguna vez una reaccion o alergia a antibioticos, esteroides, metales, acrilico, latex o cualquier otra alergia a medicamentos Si No

Marque la casilla junto a todas las condiciones que su hijo tiene actualmente o ha tenido en el pasado. Describa todas las Casillas marcadas en detalle al final de este formulario.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Problemas de vision, aduicion, o habla |
| <input type="checkbox"/> Infecciones cronicas de amigdalas/adenoides | <input type="checkbox"/> Trastornos del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueno | <input type="checkbox"/> Retrasos en el aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos/respiracion por la boca | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> Nauseas excesivas | <input type="checkbox"/> Paralisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Narices ensangrentadas | <input type="checkbox"/> Lesion cerebral traumatica |
| <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsions |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica/enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o migranas |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos |
| <input type="checkbox"/> hipertension | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia |
| <input type="checkbox"/> asma/enfermedad reactiva de las vias respiratorias | <input type="checkbox"/> Colocacion de la derivacion |
| <input type="checkbox"/> sibilancias/problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> fibrosis quistica | <input type="checkbox"/> Comportamiento, emocional, problemas de comunicacion/tratamiento |
| <input type="checkbox"/> tos o resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia |
| <input type="checkbox"/> neumonia/bronquitis | <input type="checkbox"/> Diabetes/Hiperglucemia/Hipoglucemia |
| <input type="checkbox"/> ictericia/hepatitis/problemas hepaticos | <input type="checkbox"/> Pubertad precoz |
| <input type="checkbox"/> reflujo acido | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales |
| <input type="checkbox"/> ulceras de estomago/problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides/pituitaria |
| <input type="checkbox"/> estreñimiento | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad de celulas falciformes/rasgo |
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias/restricciones dieteticas | <input type="checkbox"/> Desorden sanguineo |
| <input type="checkbox"/> Diarrea prolongada | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso involuntaria | <input type="checkbox"/> Moretones facilmente |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones con el peso | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimentico | <input type="checkbox"/> Transfusion de sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/rinon | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor/Malignidad |
| <input type="checkbox"/> Artritis/escoliosis | <input type="checkbox"/> Quimioterapia/radiacion |
| <input type="checkbox"/> Uso limitado de brazos o piernas | <input type="checkbox"/> Trasplante de medulla osea o de organos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de musculos, huesos o articulaciones | <input type="checkbox"/> Mononucleosis/Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido/urticaria/eccema | <input type="checkbox"/> MRSA |
| | <input type="checkbox"/> ETS or VIH/SID |
| | <input type="checkbox"/> Sin historial medico |



Special Anesthesia Services

727 N. Baltimore

Derby, KS 67037

Phone: 316-788-5939

Fax: 316-788-5945

Email: office@sleepinsafety.com

Website: www.sleepinsafety.com

A continuacion, proporcione los detalles de todas las Casillas que se marcaron si en la pagina anterior.

Prematuridad/estancia en la UCIN:

el paciente nacio prematuro? Si No

La paciente ha sido ingresada en la UCIN? Si No

Alguna vez el paciente estuvo intubado con el ventilador o CPAP? Si No

Tuvo el paciente alguna complicacion durante o despues del nacimiento? Si No

Mujeres de 12 a 18 anos: Existe alguna posibilidad de que la paciente este embarazada?

Si No Tal vez

Existe algun otro historial medico significativo que no se haya incluido? Si No

Fecha de finalizacion _____

Firma de la persona que complete este formulario _____

Nombre impreso de la persona que complete est formulario _____

Relacion con la paciente _____

Hoja de instrucciones para el paciente SAS-pediatría

Su hijo recibirá medicamentos por vía intravenosa durante su procedimiento dental operatorio. Por tanto, es muy importante que siga las siguientes instrucciones. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar para obtener más instrucciones: 316-788-5939. Es esencial para la seguridad de su hijo que cumpla estrictamente con las siguientes políticas. De no hacerlo, resultará en la cancelación del procedimiento quirúrgico y puede poner a su hijo en peligro de sufrir una lesión pulmonar grave o la muerte.

1. Sin comida durante 8 horas antes de su llegada:

- a. Ningún alimento sólido de ningún tipo, leche, queso, yogur, helado, jugo o caldo
- b. Sin caramelos, chicles ni vitaminas
- c. Ningún producto que contenga proteínas o productos lácteos, incluso si parecen claros

2. Se permiten líquidos claros hasta 3 horas antes de la hora de llegada. Los líquidos aprobados son:

- a. Agua, sprite/7-up/Sierra Mist o Gatorade de cualquier color o sabor
- b. Gelatina simple sin frutas agregadas, sin verduras y sin crema batida

3. NO cepille los dientes del niño en la mañana de la cita, el niño pueda tragar agua o pasta de dientes y esto resultará en la cancelación.
4. NO envíe a su hijo a la escuela, guardería o niñera el día de la cita. Los niños deben ser monitoreados por un padre o tutor en todo momento antes de la cita para verificar el cumplimiento de las políticas anteriores. De no hacerlo, resultará en la cancelación de la cita.
5. Si su hijo tiene un inhalador o nebulizador, traiga su medicamento el día del procedimiento.
6. Vista al niño con ropa cómoda, preferiblemente una camisa de manga corta. El niño más pequeño ocasionalmente se relajará lo suficiente como para perder el control de la vejiga. Es posible que desee considerar un pañal, tirar hacia arriba o cambiarse de ropa.
7. Los niños requieren cuidados adicionales durante el transporte a casa desde su cita. Es muy recomendable que dos adultos acompañen al niño para que el conductor no tenga que atender al paciente en tránsito a casa.
8. Después de la cirugía dental de su hijo, espere hasta el día siguiente antes de permitirle participar en cualquier actividad en la que una disminución en el estado de alerta el juicio o el coordinador podría causar un problema.
9. Después de la cirugía, su hijo puede tomar analgésicos según las indicaciones del cirujano.
10. Por favor traiga la documentación de tutela apropiada, si es necesario. Nuestra oficina requiere consentimiento médico y acuerdo de colocación.

He leído las instrucciones anteriores, son claras para mí y acepto cumplir:

Firma de la persona que complete este formulario _____

Relación con el paciente _____



Special Anesthesia Services
 727 N. Baltimore
 Derby, KS 67037
 Phone: 316-788-5939
 Fax: 316-788-5945
 Email: office@sleepinsafety.com
 Website: www.sleepinsafety.com

Formulario de deposito SAS

Los servicios especiales de anestesia requieren un deposito no reembolsable del 25% de todas los pacientes. Por lo general, esto se debe realizar con 3 semanas de anticipacion, sin embargo, muchas veces un paciente pediatico no esta programado con tres semanas de anticipacion. En ese caso, se debe abonard un deposito lo antes posible antes de la cita de sedacion programada.

El deposito se devolvera si el paciente no esta autorizado medicamente para la anestesia en el consultorio.

El monto del deposito no reembolsable se restara del monto total adeudado en el momento de los servicios.

Las tarifas estandar de la nestesia en el consultorio se basan en un tiempo estimado. La estimacion provendra del dentista de su hijo y las tarifas de nuestros servicios se basaran en esa estimacion. Si el procedimiento tomara mas timep que el estimado, las tarifas por el service aumentarian o si el procedimiento tomara menos tiempo, las tarifas por los servicios seran menores.

Tiempo Estimado	Tarifas estandar	Cantidad del deposito	Tiempo Estimado	Tarifas estandar	Cantidad del deposito
30 minutos	\$497	\$125	2 horas 30 minutos	\$1065	\$266
45 minutos	\$568	\$142	2 horas 45 minutos	\$1136	\$284
1 hora	\$639	\$160	3 horas	\$1207	\$302
1 hora 15 minutos	\$710	\$178	3 horas 15 minutos	\$1278	\$320
1 hora 30 minutos	\$781	\$195	3 horas 30 minutos	\$1349	\$337
1 hora 45 minutos	\$852	\$213	3 horas 45 minutos	\$1420	\$355
2 horas	\$923	\$230	4 horas	\$1491	\$373

Por favor firme este formulario indicando que comprende la informacion anterior y reconoce que su deposito no es reembolsable.

Fecha de finalizacion _____

Firma de la persona que complete este formulario _____

Nombre impreso de la persona que complete est formulario _____

Relacion con la paciente _____