

Information de Paciente

Nombre de Niño: _____

Apellido

Primero

IM

De Carino

Masculino Femenino Cumpleaños: _____ Seguro Social de Niño #: _____

Hobbies/Animal Domestico: _____

Dirreccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Telefono de Casa: _____

Nombres y edades de otros niños en casa: _____

Viven juntos los padres? Si No Si no, con quien vive el niño? _____

Seguro Dental Principal

Tomador del Seguro: _____ Relacion del paciente: _____

Seguro Social del Tomador #: _____ Cumpleaños: _____

Compania del Seguro: _____ Empleador: _____

Poliza #: _____ Grupo #: _____ ID de Miembro # _____

Telefono de Compania de Seguro #: _____

Esta cubierto el niño(a) por algún otro plan de seguro dental (incluyendo Medical)? Si No

Seguro Dental Secundario

Tomador del Seguro: _____ Relacion del paciente: _____

Seguro Social del Tomador #: _____ Cumpleaños: _____

Compania del Seguro: _____ Empleador: _____

Poliza #: _____ Grupo #: _____ ID de Miembro # _____

Telefono de Compania de Seguro #: _____

Historial Dental

Esta es la primera cita de su hijo a un dentista? Si No Si no, porfavor de la fecha de la ultima cita: _____

Dentista Previo: _____

Tiene una copia de los registros dentales de su hijo? Si No

Toma su hijo de una botella? Si No Si no, a que edad lo dejo? _____

Su hijo se chupa el/los dedos o a usado un chupete? Si No A que edad lo dejo? _____

Su agua principal es de poso? Si No

Toma su hijo fluoruro en cualquier forma? Pasta Enjuague Tableta Agua de Ciudad/Agua de Nurseria

Su hijo a tenido alguna lesion tramautica en sus dientes? Si No Si es asi, porfavor explique: _____

Su hijo a tenido problemas con tratamiento dental previamente? Si No Si es asi, porfavor explique: _____

Su hijo tiene una condicion dental de la cual usted se preocupa? Si No Si es asi, porfavor explique: _____

Historial Medica

Pediatra del niño(a): _____ Numero de Telefono: _____

Fecha de la ultima cita: _____

Ha sido su hijo hospitalizado o a tenido sirujias desde que nacio? Si No Si es asi, porfavor explique: _____

Tiene su hijo discapacidades o desabilidades? Si No Porfavor liste: _____

Alguna otra condicion medica o preocupacion? _____

Pacientes 14 o mas: algún uso recreacional de tabaco, alcohol o historia de abuso de sustancias? Yes No

Si la respuesta es si, porfavor indique detalles adicionales: _____

Continúa- Nombre de Paciente: _____

ADD/ ADHD	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
CIDA/ VIH	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Riñon/ Estomago Desorden	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Anemia /Células Falciformes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desabilidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Autismo/ Asperger's	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Pulmones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangramiento Abnormal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sarampión / Paperas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas de Vejiga	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desorden Mental/Emocional	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cancer/ Tumores	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desorden Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Varicela	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	VRS	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia/ Convulsions	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas de Oidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas Sinusal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tubos en Oidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desorden de Piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas de Habla	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Condicion Corazon/Murmullo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Tiroidis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Premedicacion necesaria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Si alguna respuesta arriba fue afirmativa porfavor explique o de mas detalles: _____

Liste todos los medicamentos actuales con receta, sin receta, y los suplementos. _____

Alergias

Nada Penicilina/Amoxicilina Sulfa Latex Aspirina Anestésico

Otros(Porfavor liste): _____

Autorizacion y Liberacion

De mi conocimiento, las cuestiones de este formulario han sido contestadas con precisión. Yo soy el padre, tutor o representante personal de este paciente y tener el derecho legal para autorizar la atención médica y dental para este niño. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar. Tambien autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y exámenes o tratamiento prestados a mi hijo durante el período de atención, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo el uso de las radiografías y fotografías para el propósito de la enseñanza y las publicaciones científicas. Solicito que mi compañía de seguros pague directamente al dentista. Estoy de acuerdo en permanecer en el local mientras mi hijo está siendo tratado. Tengo entendido que mi compañía de seguro puede pagar menos que el efecto real de los servicios; por lo tanto, estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi hijo. También estoy de acuerdo que los gastos incurridos por este concepto para los cargos por financiamiento, acciones de cobro o de pago retrasado por mí mismo o la compañía de seguros será mi responsabilidad.

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre de persona que firmo: _____ Relacion al paciente: _____

Esta persona tiene el derecho legal para tomar decisiones por el paciente mencionado anterior? Si No

Reviewed and signed by Dr: _____ Date _____

(Revisado y firmado por el Dr)