

¡Gracias por elegir a *Dr. J Pediatric Dentistry* para el cuidado dental de su hijo/a!

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección: _____
Cuidad Estado Codigo Postal

Numero Primario: _____ Numero Alternativo: _____

Acepto recibir mensajes de texto al telefono colular incluye en esta forma sobre recordatorios de citas, informacion importante y mensajes sobre mi cuenta. Es posible que su proveedor de servicio movil le cobre tarifas por recibir mensajes y datos segun su plan de servicio. Es probable que enviemos mensajes de texto utilizando un mensaje automatizado o pregrabado y puedo cancelar este servicio por escrito a Dr. J Pediatric Dentistry.

¿Quién acompaña al niño/a hoy (nombre)? _____

Relacion al Paciente: _____

Correo Electronico: _____ ¿Su niño(a) está bajo la custodia del estado? SI NO

Si marco si, nombre, numero y correo electronico del trabajador social: _____

INFORMACION DE LOS PADRES

GUARDIAN (I)

Nombre: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____

Nº Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a)

Pareja Domestica Divordiac(a) Viudo(a)

Numero Primario: _____

Correo electronico: _____

Si la dirección es diferente a la de los pacientes, indíquelo aquí: _____

GUARDIAN (II)

Nombre: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____

Nº Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a)

Pareja Domestica Divordiac(a) Viudo(a)

Numero Primario: _____

Correo electronico: _____

Si la dirección es diferente a la de los pacientes, indíquelo aquí: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

COBERTURA PRINCIPAL

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nº Seguro Social: _____

Empleador: _____

Telefono de Seguro: _____

Compania de Seguro: _____

Direccion de Seguro: _____

Numero del Grupo/Poliza: _____

Numero de Identificacion: _____

COBERTURA SECUNDARIA

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nº Seguro Social: _____

Empleador: _____

Telefono de Seguro: _____

Compania de Seguro: _____

Direccion de Seguro: _____

Numero del Grupo/Poliza: _____

Numero de Identificacion: _____

¿Cómo escuchaste de nosotros? _____

¿Lo refirió otra oficina? Si es así, ¿cual oficina? _____

Numero de la oficina: _____ Doctor: _____

HISTORIAL DENTAL

PREOCUPACIONES DENTALES

¿Cuál es la razón principal de su visita Limpieza Emergencia Dental Consulta por Caries

¿Alguna vez su hijo/a ha visitado un dentista? Sí No

¿Usted cree que su hijo/a reaccionará positivamente al tratamiento? Sí No

Por favor describa algunas sugerencias que nos ayuden a brindar a su hijo/a una experiencia positiva durante su visita:

HÁBITOS DENTALES: ¿Su hijo/a actualmente...? (Marque todo lo que aplica)

- Se chupa el dedo Se chupa/muerde los labios Se muerde las uñas Empuja la lengua Toma biberón/botella
 Usa chupón Se muerde la lengua/mejillas Rechina los dientes Respira por la boca Toma pecho

HIGIENE RUTINARIA: (Marque todo lo que aplica)

- Usa pasta dental con fluoruro Toma agua fluorada Cepillado de dientes por el niño: ____/al día
 Enjuague bucal con fluoruro Uso del hilo dental: ____/por semana Cepillado de dientes por el padre/madre: ____/al día
 Alimentos entre comidas – qué tipos de alimentos: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene su hijo/a todas las vacunas al día? Sí No Fecha del ultimo examen: _____

Medico de su hijo/a: _____ Numero de Telefono: _____

Historial de Hospitalizaciones/Operaciones/Cuidado de Emergencias/Enfermedades Recientes(explique): _____

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado y/o tratado por alguno de los siguientes? Marque si o no.

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Asma			Síndrome de Down			Mono		
Anemia			Sordo			Retraso Mental, Cognitivo o Social		
Autismo			Diabetes			Prematuro		
Sangrado Anormal/Hemofilia			Desorden Alimenticio			Fiebre Reumático		
ADD/ADHD			Soplo de Corazón			Diálisis Renal		
Bronquitis			Desorden del Corazón			Radiación/Quimioterapia		
Problemas de Conducta			Cirugía/Infarto de Corazón			Derrame Cerebral		
Fibrosis Quística			Problemas de Senos Nasales			Retraso del Habla		
Defectos Congénitos de Nacimiento			Presión Alta/Baja			Célula Falciforme		
Parálisis Cerebral			VIH/SIDA			Ulceras Estomacales		
Paladar/Labios Hendido			Problemas de Riñón			Amigdalitis		
Convulsiones/ Epilepsia			Problemas Pulmonares			Problemas de Tiroides		
Cáncer			Problemas del Hígado/ Hepatitis			Tuberculosis		
Otro:								

Por favor escriba todas las alergias: _____
(drogas, alimentos, estacional, latex) _____

Indique cualquier medicamento/vitamina que este tomando el paciente: _____

AUTORIZACION PARA HOY

Radiografías (si es necesario): Esencial para diagnosticar caries y otras anomalías. SI NO

Aplicación de fluoruro: Para prevenir caries y fortalecer los dientes en su desarrollo. SI NO

Certifico que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. La información será confidencial y es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cambios en el estado médico del paciente. Autorizo que el personal dental realice todo el tratamiento dental necesario que el paciente pueda necesitar. Autorizo la liberación de toda la información necesaria para asegurar los beneficios de otro modo pagado a mí. Asigno directamente a Dr. J Pediatric Dentistry todos los pagos de seguro de otro modo pagado a mí. Comprendo que soy responsable del pago total de la cuenta a pesar de mis beneficios dentales. En caso de defecto, yo acuerdo pagar todos los costos y los honorarios razonables asociados con la colección del saldo de cuenta, inclusive pero no limitado a gastos de colección de partidos terceros, gastos de la corte y de abogados. Reconozco que mis preguntas, si alguna, han sido contestadas a mi satisfacción. Yo no haré al dentista ni a ningún miembro del personal responsable de acción que tomen o que no tomen a causa de errores u omisiones que puedo haber hecho al completar este cuestionario. Afirmo que mi firma representa mi acuerdo a todos los términos ya mencionados.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____