

Bienvenido

Número de identificación del paciente _____

Fecha de hoy _____

¡Bienvenido a nuestra consulta! Nos esforzamos por hacer que las visitas de su hijo sean agradables y cómodas. Llene completamente este formulario con lápiz de tinta.

Su hijo

Nombre del hijo _____

Apodo _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

No. de seguro social _____

Escuela _____ Grado _____

Dirección particular del menor _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Teléfono _____

Parte responsable

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Correo electrónico _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

¿Quién es responsable de programar las citas?

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Mejor horario para llamar _____

Hora _____ Días _____

Madre

Madrastra Tutor

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Profesión _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

Estado civil Soltera Casada Divorciada
 Viuda Separada

Padre

Padrastra Tutor

Nombre _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Anexo _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

Profesión _____

No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir _____

Estado civil Soltero Casado Divorciado
 Viudo Separado

Seguro Primario

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____

Empleador _____ Fecha de empleo _____

Profesión _____

Compañía de seguros _____

No. de grupo _____ No. de empleado _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Deducible _____ Copago _____

Cantidad ya utilizada _____

Beneficio máximo anual _____

Seguro Adicional

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____

Empleador _____ Fecha de empleo _____

Profesión _____

Compañía de seguros _____

No. de grupo _____ No. de empleado _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal/P.C. _____

Deducible _____ Copago _____

Cantidad ya utilizada _____

Beneficio máximo anual _____

Arreglos Financieros

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera.

Pago total en cada cita:

Efectivo Cheque personal

Tarjeta de crédito: Visa MC Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Antecedentes Dentales y Médicos

Número de identificación del paciente _____

CONFIDENCIAL

La salud general de su hijo, así como también cualquier medicamento que su hijo tome puede tener una importante interrelación con el cuidado dental que éste reciba. Responda completamente cada una de las siguientes preguntas.

¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia su hijo usa seda dental? _____

¿Es fluorada el agua de su hijo? Sí No ¿Toma su hijo suplementos fluorizados? Sí No

Su hijo:

Se chupa el pulgar o dedo Sí No Masca objetos duros (lápices, etc.) Sí No

Se chupa o muerde el labio Sí No Rechina los dientes Sí No

Se come las uñas Sí No Aprieta la mandíbula Sí No

Dentista anterior _____ Dirección _____

Fecha de la última visita al dentista _____

¿Ha tenido su hijo algún problema en visitas al dentista anteriores? Sí No

Médico del niño _____ Dirección _____

No. de teléfono _____

Hospitalizaciones, cirugías, enfermedades graves anteriores _____ ¿Cuándo? _____

¿Está tomando actualmente su hijo algún medicamento? Sí No (si la respuesta es sí, enumere)

¿Ha tomado alguna vez su hijo Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Tiene su hijo antecedentes de reacciones alérgicas, de sensibilidad, adversas a cualquier droga o medicamento (penicilina, Novocaína, etc.)? Sí No (si la respuesta es sí, descríbalos) _____

¿Tiene su hijo antecedentes de alergias a cualquier otra sustancia como látex, al ambiente, etc.)? _____

Ha sufrido alguna vez su hijo alguno de los siguientes problemas:

Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas estomacales, hepáticos o renales ... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incapacidad/Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas) .. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Defectos Cardiacos Congénitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hemorragia anormal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Explique cualquier problema médico que tenga su hijo: _____

Autorización y Entrega de Información

A mi entender, las preguntas de este formulario se han respondido satisfactoriamente. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la consulta dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda precisar.

También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de tratamiento o exámenes prestados a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad)

Fecha

Revisión del dentista:

Firma del dentista

Fecha