

El pariente que acompaña el (la) niño (a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado otro convenio.

1. Información de el (la) Niño (a)

Nombre _____
apellido nombre Inicial

Apodo _____  Niño  Niña

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Tel. Casa # (____) _____

SS # _____

Dirección: _____
APT.# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

2. Persona Responsable de la Cuenta

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Casa# _____ Trabajo # _____

3. Información de la Madre madrastra tutor

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Trabajo # (____) _____ Ext. _____ Casa # _____

Patrona _____

SS # _____ DL # _____

4. Información del Padre padrastro tutor

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Trabajo # (____) _____ Ext. _____ Casa # _____

Patrona _____

SS # _____ DL # _____

Estado civil de sus padres  soltero  viudo  casado  separado  divorciado

5. Quien Acompaña el (la) niño (a)?

Nombre _____ Parentesco _____

Tienes usted la custodia de este niño?  SI  NO

6. Seguro Dental Primario

Compañía Aseguradora _____

Dirección _____

Num. Teléfono (____) _____

Num. de Póliza _____

Nombre del Asegurado _____

Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS # _____

Patrono _____

7. Seguro Dental Secundaria

Compañía Aseguradora _____

Dirección _____

Num. Teléfono (____) _____

Num. de Póliza _____

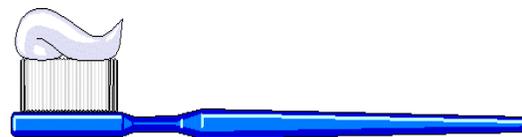
Nombre del Asegurado _____

Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS # _____

Patrono _____

continúa al dorso



8. Historia Dental

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista?

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes Habitos ?

S N Se chupa el dedo / los dedos S N Se come las unas

S N Se chupa / se muerde los labios S N Usa Biberon

Ha padecido o padece dificultad el (la) niño (a) asociadas con Trabajo dental?

SI NO

Y si a tenido explique _____

Tiene la agua de el (la) niño (a) floristat? SI NO

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos Floristats? SI NO

Ha padecido o padece dolor/tiernamente En la quijada de el (la) niño (TMJ / TMD) ? SI NO

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario? SI NO

Seda/Floja sus dientes diario? SI NO



Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o superar las regulaciones de control de infeccion sugun el OSHA, el CDC, y el ADA



10.

A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma _____ Fecha _____

Relacion a Paciente _____

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo verbalmente reviste El medico/dental sobre la information con los padres/guardajero y paciente
Aqui en _____ Fecha _____

Aseguro Verification: Fech Efectivo ____/____/____

Preventivo _____% Deductable \$ _____

Basico _____% Maximo \$ _____

Mayor _____% Reclamo Electrico SI NO

9. Historia Salud

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

S N Sangra Anormalmente S N Alguna Incapacidad

S N Alergia a alguna Droga S N Problemas de los Oidos

S N Ha sido Hospitalizado S N Soplo

S N Ha tenido alguna Operacion S N Hemofilia

S N Asma S N Hepatitis

S N Problemas del Higado / Rinones S N SIDA ("HIV")

S N Defecto Congenito del Corazon S N Cancer

S N Convulsiones / Epilepsia S N Diabetes

S N Pregnancy S N Alergia(o) a producto Latex

S N Fibre Reumatica/ Escarlatina S N Tuberculosis (TB)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido

Enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) este tomando ahora

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alergico

Nombre del medico de familia _____ Tel _____

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico?

SI NO

Por favor, describa la salud fisica del niño (a)
 Excelente Normal Pobre