

CONOCIENDO MEJOR A USTED Y A SU NIÑO(A)

Nombre del niño(a)	Edad	Fecha de nacimiento	Num. de seguro social
Domicilio		Ciudad, Estado, Zona Postal	
Quien acompañara a su hijo(a) a su cita		Num. de teléfono	
Nombre del Padre	Num. de teléfono	Nombre de Madre	Num. de teléfono
Método de pago: (En el día de cita)		Tiene Usted: Beneficios Dentales <input type="checkbox"/> Por favor muestre su tarjeta	
Cheque o Efectivo <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/>		Seguro Doble <input type="checkbox"/> de beneficios	
		Beneficios Médicos <input type="checkbox"/>	
Persona responsable de pagar por los servicios		Misma <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/>	
Nombre	Num. seguro social	Num. de teléfono	
Domicilio	Ciudad, Estado, Zona Postal	Fecha de Nacimiento / /	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Num. de licencia de conducir	
Lugar de empleo:	Ocupación	Num. de Teléfono de Empleo:	
Domicilio de empleo:	Ciudad, Estado, Zona Postal	Cantidad de tiempo en el empleo	
Nombre de esposo(a)	Num. De seguro social	Fecha de nacimiento / /	
Nombre de compañía de empleo de esposo(a)	Ocupación	Num. de teléfono de esposo(a)	
Domicilio de empleo de esposo(a)	Ciudad, Estado, Zona Postal	Cantidad de tiempo en el empleo	
¿Como se enteró de esta Oficina? <i>(marque sólo uno)</i>			
<input type="checkbox"/> Referido por un amigo <input type="checkbox"/> Postal o Carta <input type="checkbox"/> Red Social (directorío o publicidad) <input type="checkbox"/> Plan de Seguro <input type="checkbox"/> Feria de Salud / Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Television / Comercial de Radio <input type="checkbox"/> Periódico / Anuncio de Revista <input type="checkbox"/> Descuento remitente (es decir, Valpak) <input type="checkbox"/> Conduciendo por oficina / Señalización			
¿Quién seleccionó esta oficina? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Empleador			
Si has sido referido, a quien le podemos agradecer por su referencia _____			
Términos y Condiciones			
<p>Esta oficina depende principalmente en cobrar al paciente por los costos incurridos en su cuidado dental. La responsabilidad financiera de cada paciente tiene que ser determinado antes del tratamiento. Como una condición de tratamiento puesto por esta oficina yo entiendo que los arreglos de pago serán hechos por adelantado. Todo tratamiento de emergencia o cualquier tratamiento dental dada sin arreglo por adelantado tendrá que pagarse ese mismo día. Entiendo que los servicios dentales que se me ha dado son cobrados directamente a mi y yo soy responsable de pagar. Si yo muestro que tengo un plan de seguros yo entiendo que esta oficina me ayudara llenar las formas como una cortesía para que puedan mandar cobrar a mi plan de seguros para pagar por mis servicios y serán acreditados a mi cuenta dental. Sin embargo esta oficina no atenderá a nadie suponiendo que el plan de seguros pagara los honorarios.</p> <p>Asignación de plan de seguros: Yo autorizo que mi información sea revelada y autorizo que mi plan de seguro pague los honorarios directamente a la oficina dental por los beneficios debidos a mi por la póliza de mi plan. Entiendo que el costo estimado alistado para el cuidado dental solo puede ser extendido por 90 días desde el día que fui examinado. Entiendo y estoy el costo estimado alistado para el cuidado dental solo puede ser procedimiento legal incluyendo los honorarios razonables de abogados. Doy mi permiso a esta oficina o a la persona asignada para que me llamen por teléfono a mi casa o a mi lugar de empleo para tratar asuntos relacionadas con esta forma.</p>			
Firma _____		Fecha _____	

Porque ha traído hoy a su niño(a) _____

Es la primera vez que su niño(a) visita a un dentista _____

Ha tenido su niño(a) un problema serio con algún tratamiento dental (Si la respuesta es si por favor)

Explique _____

Por favor marque S para si N para no

S N

Su niño(a) se chupa el dedo pulgar o usa un chupon?

S N

Su niño(a) usa gotas, tabletas o enjuague con fluoruro?

Salud Medica Del Nino(a)

Doctor medico del niño(a) _____ Num. del teléfono _____

Ha estado su niño(a) en el hospital (Si la respuesta es si por favor explique) _____

Es su niño(a) alérgico a:

S N Anestesia por inyección (novocaína)

S N Penicilina

S N Aspirina

Por favor marque con un circulo S para si o N para no

S N Codeína

S N Sulfitos

S N Otro

S N Látex

S N Metales

S N Plásticos

Ha tenido su niño(a) un tratamiento sobre:

S N Asma

S N Malestar de Sangrado

S N Diabetes

S N Artritis

S N Perdida Auditiva

S N Enfermedad de Corazón

S N Soplo del corazón

S N Reemplazo de coyunturas o prótesis

Marque con un circulo S para si N para no

S N Desmayos

S N Sagrado prolongado

S N Hepatitis

S N Problemas emocionales

S N Fiebre Reumática

S N Ataque Epilépticas

S N Enfermedad de pulmón (Tuberculosis)

Ha padecido su niño(a) alguna otra enfermedad seria la cual no se describe arriba? _____

Hay algo mas que usted desea compartir con nosotros acerca de su niño(a)? _____

Medicamento

Su niño(a) tolera antibiótico antes de tratamiento dental? _____

Escriba todo medicamento que su hijo(a) esta tomando y porque fue recetado:

Medicamento _____ Dosis _____ Enfermedad _____

Medicamento _____ Dosis _____ Enfermedad _____

Medicamento _____ Dosis _____ Enfermedad _____

En caso de una emergencia por favor llame:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre de familiar mas cercano que no viva con el niño(a) _____ Teléfono _____

Historia medica revisada por:

X _____

Firma del Doctor

Si paciente es menor de edad:

X _____

Firma de Padres o Guardián

Poder de Abogado

Yo, autorizo a _____

De llevar a _____ para que reciba tratamiento dental.

Firma de padres o guardián x _____ Fecha _____

Doy mi permiso para que esta oficina administre cualquier tratamiento en el caso de una emergencia medica.

Firma de Padres o Guardián _____ Fecha _____