



Bienvenido



Información Del Paciente

Fecha _____ S.S # _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre de menor _____ Sexo Masculino Femenino
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Apodo _____ Pasatiempos _____ Celular () _____

Dirección de casa _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre de la escuela _____ Teléfono de la escuela() _____

Persona financieramente Responsable _____ Teléfono de casa () _____ Teléfono del Trabajo() _____

A quien le podemos agradecer su referencia? _____



Informacion del Seguro (por favor de proporcionar la tarjeta)

Nombre del Padre/tutor _____ Dirección (si es diferente ala del paciente) _____ Celular() _____ Trabajo() _____ E-mail _____ Empleador _____ S.S # _____ Fecha de nacimiento _____ ¿Tiene cobertura de seguro dental para el menor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la compañía de seguro _____ Grupo # _____ Teléfono _____ Nombre del plan _____ ID #: _____	Nombre de la madre/tutora _____ Dirección (si es diferente ala del paciente) _____ Celular () _____ Trabajo () _____ E-mail _____ Empleador _____ S.S # _____ Fecha de nacimiento _____ ¿Tiene cobertura de seguro dental para el menor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la compañía de seguro _____ Grupo # _____ Teléfono _____ Nombre del plan _____ ID # _____
--	--

HISTORIA DENTAL

Fecha dl la ultima visita al dentista _____ Para que servicio _____

	Si	NO		Si	NO
El menor se a quejado de problemas dentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Usa fluoruro en cualquier forma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El menor se cepilla todos los días.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ha tenido lesiones en la boca, cabeza, dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El menor usa hilo dental todos los días.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ha tenido alguna experiencia dental negativa?..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier habito bocal como chuparse el dedo, morderse las uñas, respira por la boca, dormir con el biberón,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Historia Médica

Doctor del menor _____ Telefono () _____ Fecha del ultimo examen Físico _____

Resultados _____

Si NO

¿El menor esta bajo cuidado medico actualmente?..... Medicaciones _____

¿Esta recibiendo cualquier medico o droga?..... _____

¿Asido Hospitalizado? _____

¿ Atenido cirugías? Alergias _____

¿Hay un sangrado excesivo cuando se corta?..... _____

¿El menor a padecido o padece cualquiera de las siguientes enfermedades? Por favor marque

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> sinusitis |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> problema auditivo | <input type="checkbox"/> sarampión | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> abuso drogas / alcohol | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> paperas | <input type="checkbox"/> Otros |

Emergency Contact

En caso de una emergencia a quien podemos contactar?

Nombre _____ Relación _____ Teléfono () _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono () _____



Autorizaciones



A lo mejor de mi conocimiento la información anterior esta completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si mi hijo(a) tiene un cambio en la salud.

Consentimiento del(a) Menor

Yo soy el padre, tutor o representante personal de _____

Por favor Imprima el nombre de menor

y no hay órdenes judiciales actualmente en el sentido de que me prohíban la firma de este consentimiento. Por este medio solicito y autorizo al personal dental que realice los servicios necesarios odontología para el niño(a) nombrado(a) arriba, incluyendo pero no limitado a los rayos X, y la administración de anestésicos, que se consideran aconsejables por el doctor, si estoy o no estoy presente cuando el tratamiento.

Asignación de comunicación y Seguro

Yo certifico que mi depende esta cubierto por seguro con _____ y traspaso

Nombre de la compañía de seguro

directamente a Friendship Smiles todos los beneficios del seguro, Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. La oficina nombrada arriba puede utilizar mi información de salud con la compañía de seguros antes mencionado (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagados por servicios relacionados.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Impriir el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Relación con el Paciente

