



PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____
First Last
 _____ niño _____ niña Colegio _____ Grado _____
 Dirección: _____
Calle Apt #

Ciudad Estado Código postal

PADRE O INFORMACIÓN PARTE RESPONSABLE

Padre: _____ correo electrónico _____
 Saguario Social# _____ Fecha de nacimiento: _____
 Numero de Telefono _____
 (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celluar) _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

Dirreccion del Trabajo: _____

_____ Calle Ciudad Estado Código postal

Madre: _____ correo electrónico _____
 Seguro Social# _____ Fecha de nacimiento: _____
 Numero de Telefono _____
 (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celluar) _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

Dirreccion del Trabajo: _____

_____ Calle Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario
 Nombre del asegurado: _____ ID# _____
 Compañía de seguro: _____
 _____ Grupo#

Dirreccion: _____
 Seguro Secundario
 Nombre del asegurado : _____ ID# _____
 Compañía de seguro _____ Grupo# _____
 Dirreccion: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

¿Cómo te enteraste de nuestra oficina? _____

HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO

Nombre del Pediatra _____

	Dirreccion	Numero de Telefono
¿Ha tenido su hijo alguna vez cualquiera de los siguientes?		
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> trastorno mental
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> trastorno nervioso
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> sinusitis
<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Hiperactividad/ADHD	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Otros problemas médicos
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	_____
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Alergia al Látex	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado	_____

¿Ha sido su hijo internado en un hospital o atención de emergencia necesaria? Si No En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Esta su hijo ahora bajo el cuidado de un médico? Si No Medicamentos: _____
En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista? Si No
Si no, cual era el dentista anterior? _____

¿Qué le hicieron anteriormente (restauraciones, limpieza, rayos X)? _____

¿Su hijo ha tenido alguna vez un dolor de muelas? Si No

¿Si sí cuándo? _____ cuando come _____ en la noche _____ persistente

¿Su hijo se ha golpeado alguna vez sus dientes? Si No

¿Su hijo chupa el pulgar o el dedo, el chupete o tiene hábitos similares? Si No

¿Es el suministro de agua con fluoruro o esta a su hijo tomando vitaminas de fluoruro? Si No

¿A qué edad dejo de tomar leche en la botella / o pecho? _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes de su hijo? _____

¿Con supervisión adulta? Si No

hilo dental? Si No ¿Su hijo se tragua la pasta de dientes? Si No

¿Es el niño aprensivo acerca de ir al dentista? Si No

Motivo de la visita de hoy _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Tender Smiles 4 Kids sigue la Ley Federal y estatal por cumplir con las normas HIPPA. Nuestro aviso de prácticas de privacidad entró en vigor el 15 de abril de 2003 y está disponible por su requerimiento. Como condición para su tratamiento por esta oficina, los acuerdos financieros deben hacerse por adelantado. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental sin disposiciones financieras anteriores debe pagarse total en el momento que se prestan los servicios. Pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales equipados pueden cargarse directamente a la compañía de seguros y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales no cubiertos por dicha compañía de seguros. Un cargo del 1% ½ (18% anual) sobre los saldos no pagados será cargado en todas las cuentas de más de 60 días, a menos que el anteriores escritos arreglos financieros están satisfechos.

POLÍTICA DE NOMBRAMIENTO: POR FAVOR NOTIFIQUE A ESTA OFICINA 24 HORAS ANTES A UNA CITA SI USTED DEBE CANCELAR. ESTA OFICINA RESERVA EL DERECHO A COBRAR UN CARGO POR CANCELACIÓN. Certifico que he leído y entendido lo anterior. Entiendo que la información que les he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. No tendrá tiernas sonrisas 4 Kids o cualquier miembro del personal responsable de los errores u omisiones que puedo haber hecho en la cumplimentación del presente formulario. También autorizo a los médicos y el personal dental para realizar los servicios dentales necesarios que mi niño puede necesitar

Firma del padre o tutor

Fecha

Relacion hacia el niño