



We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

Información del Nuevo Paciente



Fecha de Hoy _____

1 Información del Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apodo _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Números Telefónicos: Casa _____ Celular _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: M F Edad _____ Peso _____ Altura _____

Pasatiempos/Intereses Favoritos _____

Nombre de Escuela o guardería infantil _____

Niño/a vive con: Ambos Padres Madre Padre Otro _____
(si otro, cual es la relación al niño)

Ha viajado su hijo/a fuera de los EE. UU. En los últimos 12 meses?: Si No Adónde? _____

Nombre y Edad de Hermanos/Hermanas: _____

Pediatra del paciente _____ Número Telefónico _____

Cuando fue la última cita al pediatra de su hijo/a? _____

Como encontró a nuestra oficina? _____

2 Información del Padre/Guardian

Nombre de la Madre o Guardián _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
(si es diferente de arriba)

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____ Seguro Social # _____

Número Telefónico de Casa/Celular _____ Correo electrónico _____

Empleo _____ Ocupación _____ Numero del trabajo _____

Nombre de el Padre o Guardián _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
(si es diferente de arriba)

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____ Seguro Social # _____

Número Telefónico de Casa/Celular _____ Correo Electrónico _____

Empleo _____ Ocupación _____ Numero del Trabajo _____

Contacto de Emergencia (Amigo/Familiar que no viva con usted) _____

Número Telefónico de Casa/Celular _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____

3 Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación Hacia el Niño o la Niña _____

Seguro Social de Asegurado # _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Numero de Grupo _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____ Número Telefónico _____

Empleador del Asegurado _____ Número Telefónico _____

3 Información del Seguro (continuación)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorizo que los pagos de los beneficios dentales que en general serían pagados a mi directamente, sean hechos a David H. Moore, DDS, MS, P.A. IE recibido los siguientes planes de tratamiento y honorarios. Entiendo que soy responsable de los cargo por el tratamiento y los materiales no cubiertos por mi seguro dental, a menos que la practica tenga un contrato directo con mi plan prohibiendo el cobro total o parcial de dichos cargos. En el limite de la ley, Yo autorizo que se de información en relación con los pagos del seguro.

Firma del Asegurado _____ Fecha _____

4 Historial Médico

Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes problemas médicos? (Marque con un circulo la respuesta adecuada)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Si No Alergias | Si No Cáncer/quimioterapia | Si No Soplo cardiaco |
| Si No Anemia o trastorno en la sangre | Si No Parálisis cerebral | Si No Hepatitis o problemas de hígado |
| Si No Asma o fiebre de heno Indique el tipo y los medicamentos actuales: _____ | Si No Defecto cardiaco congénito Si es así, se requiere pre medicación? Si No | Si No VIH/SIDA |
| Si No Autismo | Si No Convulsiones, desmayos, o epilepsia | Si No Trastorno de aprendizaje |
| Si No Problemas de vejiga o riñón | Si No Enfermedades de la infancia | Si No Problemas psicológicos o emocional |
| Si No Sangrados/moretos fácilmente | Si No Diabetes | Si No Fiebre reumática |
| Si No Trasfusión de sangre | Si No Síndrome de Down | Si No Trastorno de habla |
| Si No Presión alta/baja | Si No Discapacidad | Si No Tuberculosis |
| Si No Bronquitis | Si No Discapacidad auditiva | |

Su hijo/a es alérgico a unas de estas drogas? Penicilina Amoxicilina Eritromicina Codeína Anestésico dental

Su hijo/a es alérgico a otras drogas? Si No En caso que si, por favor liste: _____

Su hijo/a es alérgico a?: Látex Colorante rojo Huevos Nueces Drogas Otro, por favor liste: _____

Su hijo/a tiene las inmunizaciones corriente? Si No Por favor explique: _____

Liste los medicamentos que su hijo/a este tomando actualmente: _____

5 Historial Dental

Fecha de la Última Visita Dental _____ Nombre del Dentista _____

Tiene Registros Actuales (incluidos los rayos X) de Otra Práctica? Si No

Su Hijo/a se ha quejado de algún problema dental? _____

Alguna lesión o cirugía en la boca, dientes o cabeza? Si No En caso que si, describa: _____

Su hijo/a todavía usa biberón o vasito de entrenamiento? Si No Que bebe su hijo/a normalmente? _____

Su hijo/a se cepilla los dientes diariamente? Si No Cuantas veces? _____

Usted ayuda a su hijo/a a cepillarse? Si No Cuantas veces? _____

Su hijo/a usa hilo dental? Si No

Por favor marque cada casilla si su hijo/a tiene alguno de los siguientes hábitos: Se chupa el pulgar

Respira por la boca Chupón Se muerde las uñas Se chupa los dedos Rechina los dientes Otro: _____

Como recibe fluoruro su hijo/a?

Agua Dentista Pasta de dientes Vitaminas Tableta Ninguna Otro: _____

Cual es la actitud de su hijo/a hacia al dentista? _____

Motivo de la visita de hoy y su mayor preocupación: _____

He recibido los siguientes planes de tratamiento y honorarios. Entiendo que soy responsable de los cargos por el tratamiento y los materiales no cubiertos por mi seguro dental, a menos que la practica tenga un contrato directo con mi plan prohibiendo el cobro total o parcial de dichos cargos. En el limite de la ley, Yo autorizo que se de información en relación con los pagos del seguro.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

Relación Hacia el Niño o la Niña _____