Children's Dental FunZone!
Children's Dental FunZone

Bienvenidos

Por favor tome un momento para llenar este cuestionario para poder darle un mejor servicio. Muchas gracias por su cooperación.

Nombre _____ Fecha _____
Apellido nombre inicial
Fecha de nacimiento _____ Edad ___ Sexo____ Numero de seguro-social_____
Dirección _____Apt#_____ Ciudad _____Estado ____ Zona Postal_____
Nombre de Padre/Guardian Legal _____
☐ **Yo no soy el guardian legal, pero tengo permisodel padre legal a autorizar a Children's Dental Funzone a practicar cualquier trabajo dental necessario**
Numero de teléfono ( )_____ Numero de trabajo ( )_____
Numero del celular ( ) _____**Correo Electronico** _____

❑ Doy mi consentimiento a la oficina dental para usar mi número de teléfono celular para (elegir uno o los dos) ❑ llamada o texto ❑ respecto citas y llamar en cuanto al tratamiento, el seguro, y mi cuenta. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Mi número de teléfono es (incluya código de área) _____. _____ (inicial)

Seguro Dental Primario (No complete si no tiene beneficios dentales)
Nombre_____Parentesco_____
Fecha de nacimiento _____Seguro Social #_____
Dirección_____
Ciudad_____ Estado_____ Zona Postal_____
Teléfono ( )_____Numero de Celular ( )_____
Compania_____
Dirección_____Teléfono ( )_____
Ciudad_____ Estado_____ Zona Postal_____
Grupo# _____ Miembro#_____

Aseguranza Secundaria
Compania_____
Nombre_____ Parentesco_____
Fecha de nacimiento_____Seguro Social #_____

Persona Responsable
Madre_____ FDN: _____
Padre_____FDN:_____

O **Guardian Legal**_____
Dirección_____
Ciudad_____Estado_____ Zona Postal_____
Teléfono ( )_____
Numero de Celular ( )_____
Empleador_____
Numero de trabajo_____

En caso de emergencia contactar a: _____ **Teléfono ( )** _____

Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

Información para Consentimiento

Yo autorizo a el dentista(s) y empleados a Children's Dental Fun Zone a practicar los exámenes apropiados para obtener un diagnostico completo de las necesidades dentales de mi hijo/a.

Yo autorizo a mi compania aseguradora a pagar al dentista(s) todos los beneficios de otra manera pagables a mí por servicios rendidos. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones a mi aseguranza.

Yo autorizo al dentista(s) a proporcionar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Yo Entiendo que yo soy financialmente responsable por todos los cargos pagados o no por mi aseguranza.
Yo entiendo que se me cobrará el 18% TAE (APR) para los saldos de más de 60 días.

_____ _____ _____ _____
Firma Fecha Firma de Dentista Fecha

El pago debe ser total al tiempo del tratamiento a menos que haga algún arreglo previo aprobado

Nosotros proveemos a nuestros pacientes la oportunidad de participar en nuestro sistema de comunicaciones en el internet. Algunas de las caracteristicas incluyen la habilidad de:

- Solicitar citas en el internet.
- Confirmar citas por correo electronico.
- Recibir recordatorios de citas por mensaje de texto.
- Someter estudios sobre satisfaccion al paciente.
- Referir a sus amigos en internet.

Usted puede optar por ya no participar en nuestro sistema de comunicaciones en cualquier momento oprimiendo el boton de unsubscripcion que se encuentra en el final de cada correo electronico o respondiendo a un mensaje de texto con la palabra "alto". Podria haber un cargo estandar por mensaje.

Nosotros utilizaremos la informacion para proposionarle un tratamiento exepsional. Nosotros podriamos Compartir su informacion medica (PHI) con terseras personas que proveen servicios para children's Dental Funzone, en la administracion de sus beneficios de acuerdo con HIPPA. La ley requiere que estas personas firmen un contrato comprometiendose a proteger la confidencialidad de su PHI. Su PHI puede ser revelada a un afiliado que practique servicios para childrens dental Funzone de West Covina en la administracion de sus beneficios. Nuestros afiliados no Mandan correos electronicos o cualquier otro comunicasion sin el permiso del usuario y no mandan correos con promociones.

Historia Dental

Razon por su visita hoy _____

Es la primera vez que su hijo/a visita el dentista? Si/No

Si no,es asi Dentista anterior_____ numero de telefono_____

Direccion_____ Razon por la cual se fue _____

Fecha del ulitmo tratemiento dental _____ Fecha de las ultimas radiografias_____

Tienes su hijo/a alguno de los siguientes?

Sensibilidad a caliente	Si / No	Heridas o llagas en la boca	Si / No	Desgaste de dientes	Si / No
Sensibilidad a frio	Si / No	Mal aliento	Si / No	Ssngrado en las encias	Si / No
Sensibilidad a morder	Si / No	Dientes flojos/Rellenos rotos	Si / No	Problema de TMJ	Si / No
Sensibilidad a dulce	Si / No	Inflamacion en la cara	Si / No	Mandibula que se mueve de lugar	Si / No

Con cuanta frequencia se cepilla los dientes su hijo/a? _____ Con cuanta frequencia usa el hilo dental?_____

Esta su hijo/a nervioso respecto a previo tratemiento dental? Si es asi explique_____

Tiene alguna pregunta en particular sobre el cuidado dental de su hijo/a?_____

A tenido su hijo o algun miembro de la familia tratemiento ortodontico (Frenos) Si / No

Historia Medica

Ha sido su hijo/a paciente en algún hospital? Si / No

Si es hace explique _____

Esta su hijo/a bajo cuidado medico? Si / No

Esta su hijo/a tomando algún medicamento? Si / No

Si es hace explique _____

Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad seria ó alguna operación? Si / No

Si es hace explique _____

Es su hijo/a alérgico/a a alguno medicamento ó anestésico? Si / No

Tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones?

Problemas del corazón	Si / No	Problemas del riñón	Si / No	Ataques/Desmayos	Si / No
Insuficiencia coronaria	Si / No	Hepatitis	Si / No	Autismo	Si / No
Coronaria en las válvulas	Si / No	Problema en los huesos	Si / No	Epilepsia	Si / No
Presión Alta	Si / No	Enfermedad del hígado	Si / No	Problemas del cerebro	Si / No
Malfuncionamiento de los huesos	Si / No	Sangrado excesivo	Si / No	Tratamiento psiquiátrico	Si / No
Válvulas cerradas	Si / No	Tuberculosis	Si / No	Enfermedades venéreas	Si / No
Fiebre Reumática	Si / No	Problemas del pulmón	Si / No	SIDA/HIV	Si / No
Fiebres reumáticas al corazón	Si / No	Tos persistente	Si / No	Problema de tiroides	Si / No
Problemas con las células	Si / No	Emphysema	Si / No	Desorden Nervioso	Si / No
Desorden sanguíneo	Si / No	Sinusitis	Si / No	ADD/ADHD	Si / No
Anemia	Si / No	Ulceras estomacales	Si / No	Discapacidad Mental	Si / No
Asma	Si / No	Diabetis	Si / No	Problemas auditivos	Si / No
Alergia al latex	Si / No	Reumatismo inflamatorio	Si / No	Desabilidad de nacimiento	Si / No
Alergia al penicilina	Si / No	(coyunturas inflamadas/dolorosas)		El labio leporino del paladar	Si / No
		Artritis	Si / No	Nacimiento prematuro	Si / No
				Cuántas semanas?_____	

Tiene su hijo alguna alergia a los alimentos? Si es así explique_____

Tiene su hijo alguna condición no mencionada arriba? Si es asi explique _____

Mujeres Adolescentes

Esta usted embarazada ó piensa estarlo? Si / No

Esta amamantando? Si / No

Esta tomando algún anticonceptivo oral? Si / No

_____ _____ _____

Nombre del padre/guardian legal **Firma** **Fecha**

_____ _____ _____

Review Medical History/Comments **Firma del Dentista** **Fecha** Updated 09/15