



Bienvenidos

Por favor, tómese unos minutos para completar el cuestionario.
Muchas gracias por su atención

Nombre de Paciente: _____ Apodo: _____
Apellido Nombre Segundo Inicial

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

Celular de Padres: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del Empleo de padres: _____

En caso de emergencia, contacte _____ Teléfono: _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarnos? _____

¿Quién está acompañando al paciente hoy? Nombre: _____ Relación: _____

¿Tiene custodia legal del paciente? Sí / No

En caso de que No, documentos son requeridos – (Otorgados por la corte)

Estado civil de Padres (circule uno): Soltero/a Casado/a Enviudado/a Divorciado/a Separado/a

Persona responsable de cuenta

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de casa (Si diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Celular de Padres: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del Empleador: _____

Licencia de manejo#: _____ Seguro Social#: _____

¿Quién es responsable en hacer las citas? Nombre: _____ Celular: _____

Seguro Dental Primordial

Nombre de compañía de Seguro: _____

Dirección de compañía de Seguro: _____

Teléfono de compañía de Seguro: _____

De Grupo: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____

Relación con el Paciente: _____

Fecha de nacimiento del dueño de póliza: _____

De Identificación: _____

¿Cobertura de Ortodoncia? Sí/No

Seguro Dental Secundario

Nombre de compañía de Seguro: _____

Dirección de compañía de Seguro: _____

Teléfono de compañía de Seguro: _____

De Grupo: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____

Relación con el Paciente: _____

Fecha de nacimiento del dueño de póliza: _____

De Identificación: _____

¿Cobertura de Ortodoncia? Sí/No

Historial Dental

Razón de visita _____ ¿Es esta la primera visita de su hijo/a al dentista? Sí / No

Fecha de último cuidado dental _____ Fecha de últimos Rayos-X _____

¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Morder el labio | <input type="checkbox"/> Empuje de la Lengua |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de habla | <input type="checkbox"/> Hábitos de mamar biberón |
| <input type="checkbox"/> Morderse las uñas | <input type="checkbox"/> Apretar/ Rechinar los dientes |
| <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Respirar por la Boca | |

¿Se cepilla el paciente los dientes diariamente? Sí / No

¿El paciente usa el hilo dental diariamente? Sí / No

¿Ha tenido el paciente un problema o dificultad asociado con un trabajo dental previo? Sí / No

¿Ha tenido el paciente alguna dolencia o sensibilidad en su articulación de mandíbula (TMJ/TMD)? Sí / No

¿Ha tenido el paciente tratamiento de Ortodoncia (frenos)? Sí / No

Historial Medico (POR FAVOR MARQUE POR LO MENOS UNO (1) DE LAS CAJAS)

¿Está el paciente actualmente bajo cuidado médico? Sí / No

Describe la condición física actual del paciente: Buena Favorable Poco favorable

¿Ha sido recetado el paciente Fosamox o algún otro tipo de bifosfonatos? Sí / No

En caso de que Sí, ¿Cuándo? _____

Aliste todas las medicinas recetadas / sin receta o suplementos naturales que el paciente este tomando actualmente:

¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes problemas médicos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangradura Anormal | <input type="checkbox"/> Murmullo cardiaco |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Hemofilia (Enfermedad Sanguina) |
| <input type="checkbox"/> Operaciones / Cirugía | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Huesos Artificiales / Tejidos | <input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger | <input type="checkbox"/> Estancias en el Hospital |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón / Hígado |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Reumático / Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco Congénito | <input type="checkbox"/> Enfermedad Unicelular / Rasgos |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad /Impedimento: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Oído | |

Anote cualquier problema medico que ha tenido el paciente: _____

Mujeres Adolescente:

- ¿Está tomando anticonceptivo oral?
- ¿Está embarazada o piensa que tal vez esté embarazada?
- ¿Está amamantando?

Alergias

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Látex | Penicilina _____ |
| <input type="checkbox"/> Metal | Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Níquel | Comida _____ |
| <input type="checkbox"/> Plástico | |

Yo entiendo que la información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado medico del paciente. Yo autorizo al Dentista y al personal de Children's Dental FunZone que realice ayudas diagnósticas incluyendo radiografías, moldes y fotografías como sea apropiado para hacer un diagnostico completo de las necesidades dentales del paciente. Yo autorizo el uso de ésta firma en todas las aplicaciones de seguro. Autorizo al dentista a divulgar toda información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi seguro. Entiendo que se me cobrará una tasa porcentual anual de 24% para cualquier saldo vencido durante 60 días. Doy mi consentimiento a Children's Dental FunZone para usar mi número de teléfono celular para llamar o enviar mensajes de texto con respecto a citas, seguro y mi cuenta. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. _____ (iniciales)

Nombre de Padre/Tutor Legal (Imprimir)

Firma

Fecha

Revisar el Historial Médico/ Comentarios

Firma de Dentista

Fecha