

HISTORIA DENTAL Y MEDICO COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? _____

POR FAVOR RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS Y TINTA NEGRO O AZUL EN LA IMPRESION

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD** _____

MASCULINO **FEMENINO** **TELEFONO CELULAR** _____ **CORREO ELECTRONICO** _____

DIRECCION _____ **CODIGO POSTAL** _____

Madre/Guardián: _____ **Padre/Guardián:** _____

Nombre del pediatra de su hijo/a: _____ **Teléfono:** _____

Actualmente se encuentra su hijo/a tomando algún tipo de medicamento? Sí No **Que medicamento?** _____

Es alérgico a algún tipo de medicamento o sustancia? Sí No

Aspirina Penicilina Látex Comidas Metales/Acrílicos Otro: _____

Ha estado enfermo su niño/a en las últimas dos semanas ? N Sí, **Por favor explique:** _____

FAVOR DE CONTESTAR TODO LO SIGUIENTE:

SIDA/HIV	Sí__N__	Uso de Drogas O Alcohol	Sí__N__	Alergias	Sí__N__
Anemia	Sí__N__	Desmayo/ Mareos	Sí__N__	Prótesis/ Clavos/ Coyuntura	Sí__N__
Asma/Problemas Respiratorios	Sí__N__	Hepatitis	Sí__N__	Enfermedad de Hígado	Sí__N__
		Herpes labial	Sí__N__		
Autismo	Sí__N__	Soplo de Corazon	Sí__N__	Uso del Tabaco	Sí__N__
Artritis	Sí__N__	Enfermedad del riñón	Sí__N__	Embarazo	Sí__N__
ADHD(Desorden deficit hiperactivo)	Sí__N__	Leucemia	Sí__N__	Ulcera	Sí__N__
Defectos de Nacimiento	Sí__N__	Anemia de Célula de Hoz	Sí__N__	Diabetes	Sí__N__
Sangramiento/ Problemas de Coagulación	Sí__N__	Tuberculosis	Sí__N__	Problemas de Oido/Habla	Sí__N__
Adenoideo Crónico/Problemas Anginales Pre Medicado	Sí__N__ Sí__N__	Desabilidades/Necesidades Especiales U OTRO:	Sí__N__ Sí__N__	Convulsiones/Ataques	Sí__N__
				Cirugía de corazón	Sí__N__

Si contesto "Sí" a alguna pregunta favor de explicar: _____

Tiene el/la paciente algún problema o inquietud dental en este momento? Sí__No__ Por favor explique: _____

ASERGUANZA: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nos cuenta de su compañía de seguros como una cortesía a usted. Aunque se estima que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros que hace la determinación final de sus beneficios. Usted acepta pagar cualquier porción de los gastos no cubiertos por el seguro. Por la presente autorizo el pago por mi compañía de seguro dental puede hacer directamente a Kidz Dental. También autorizo la divulgación de cualquier información dental necesaria para procesar todas las reclamaciones dentales. Yo entiendo que yo soy responsable de todos los costos de tratamiento dental proporcionados por mí / mi familia, independientemente de la cobertura del seguro.

Certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, acerca de preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No haré responsable al dentista, o cualquier otro miembro de su / su personal responsable de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Doy mi consentimiento para el examen, limpieza dental, aplicación de flúor tópico, fotografías de rayos X y clínicos necesarios, y cualquier selladores necesarios.

Firma Padres/Guardian

Relación

Fecha



Firma de Guardian: _____	Fecha: _____	Teléfono: _____
Firma de Guardian: _____	Fecha: _____	Teléfono: _____
Firma de Guardian: _____	Fecha: _____	Teléfono: _____
Firma de Guardian: _____	Fecha: _____	Teléfono: _____