

© Ron Leishman * www.ClipartCl.com/438741

Bienvenido



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M__ F__ Telefono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre de la madre/guardian: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono y/ó Celular: _____

Historia Dental del Niño

Nombre del Dentista anterior: _____ Telefono: _____

Fecha de la última visita dental: _____

Cuántas veces se cepilla los dientes: _____ frecuencia de uso del hilo dental: _____

Por favor marque todo lo que aplica a su niño:

Se chupa los dedos: Se muerde las uñas Rechina los dientes

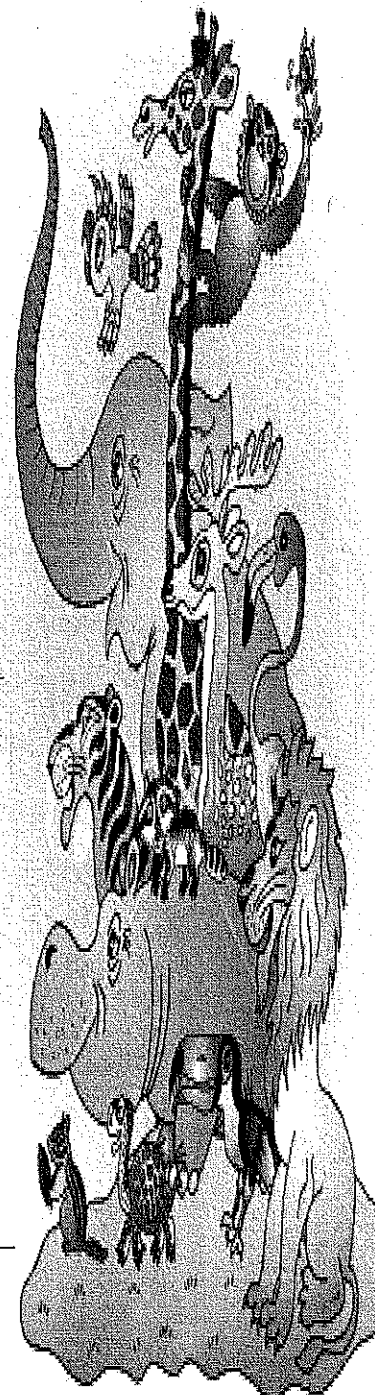
Se muerde el labio/cachete Dificultad/dolor en la mandibula

Historia Clinica del Niño

Por favor marque todo lo que aplica a su niño:

Alergias Diabetes Tipo de Hepatitis Tuberculosis

Anemia Epilepsia Fiebre Reumatica Otros: _____



Asma HIV/SIDA Fiebre Escarlatina _____
 Cancer Soplo Cardiaco Tonsilitis _____

Seguro Dental

Persona Responsable por la cuenta: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Empleador: _____

Compañía de Seguro Dental: _____ Suscriber ID: _____

Autorización y Entrega de Información

A mi entender, las preguntas de este formulario se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la consulta dental cualquier cambio de salud de mi hijo. Autorizo al personal dental realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda precisar.

También autorizo al dentista entregar cualquier información incluido el diagnostico y registros de tratamiento ó exámenes prestados a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros

pagadores y/ó a otros profesionales de salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista los beneficios del seguro ó de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que la compañía de seguros puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del Dentista

