



APPT TIME \_\_\_\_\_  
ASSISTANT \_\_\_\_\_  
LDV \_\_\_\_\_ NP/UP

**INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**

**CHART #:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_  
Appellido Nombre M

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo**  Masculino  Femenia

**Numero de Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Numeros de Telefono CASA:** \_\_\_\_\_ **CELL:** \_\_\_\_\_ **TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**Dirreccion** \_\_\_\_\_  
Calle # Apartamento

Cuidad

Estado

Codigo Postal

**HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE**

**Fecha de la ultima visita dental** \_\_\_\_\_ **Motivo de la visita** \_\_\_\_\_

**Su nino ha tenido algunas de estas condiciones medicas? Por favor marque SI o NO:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SIDA                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rinon                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas Estomacales    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergias                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sangrado excesivo        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Higado                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Embolia                  |
| _____   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desmayos                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desordenes Mentales        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis             |
| _____   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desorden Nervioso          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tumores                  |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Anemia                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Erupciones               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcapaso                  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ulceras                  |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre del Heno          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Embarazo                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades Venereas    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Accidentes en la cabeza  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha de T: _____          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Codeina    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazon | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tratamiento de Radiaciones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Soplo en la corazon      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas Respiratorios    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros: _____             |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cancer                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hepatitis                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre Reumatica           | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alta Presion             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reumatismo                 | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Mareos                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ictericas                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema Sinusitis         | <input type="checkbox"/> _____   |

Ha tenido su nino alguna complicacion en tratmentios dentales?  SI  NO

**Si lo ha tenido, por favor expliquelo** \_\_\_\_\_

Su nino ha estado hospitalizado; o en la sala de emergencia los ultimos 2 anos?  SI  NO

**Si lo ha tenido, por favor expliquelo** \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra de su nino \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Su nino esta siendo atendido por algun otro Doctor?  SI  NO

**Si lo tiene; Por favor mencionelo** \_\_\_\_\_

Tiene su nino alguna enfermedad importante que debamos saber?  SI  NO

**Si lo tiene; Por favor expliquelo** \_\_\_\_\_

*Se me han informado todos los procedimientos; y las respuestas e informacion requerida es la correcta. Si existe algun cambio en la salud del paciente se informara inmediatamente.*

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Informacion sobre Referencias**

- Como fui referido a esta oficina?  Por otro paciente, amigo  Por otro paciente, pariente  Otros
- Oficina Dental  Paginas Amarillas  Radio  Pagina de Web  Media Social

\_\_\_\_\_ Dr. Reviewing Medical History

### INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado  Soltero  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del Seguro Social \_\_\_\_\_

Telefono CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_  
Calle # de Apartamento \_\_\_\_\_  
Cuidad Estado Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Persona en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Telephone de persona de emergencia # (CASA) \_\_\_\_\_ (TRABAJO) \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO

**Primary**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre MI \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Direccion del asegurado \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del asegurado \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Relacion del paciente con el asegurado  Yo  Esposo/a  Hijo/a  Otro \_\_\_\_\_

Dir. Y Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Una condicion para recibir tratamiento por esta oficina es hacer arreglos financieros con anticipacion. El consultorio depende sobre los reembolsos de costos de los pacientes que se agregaran a los tratamientos hechos en la oficina y es responsabilidad de cada paciente hacer el pago antes del tratamiento. Todos los servicios de emergencia dental que se realice sin una cita tendran que pagar en efectivo y antes de realizar el tratamiento. Pacientes con seguro dental entienden que los servicios dentales y tratamientos seran cargados directamente al paciente o a la persona responsable. Esta oficina ayuda a los pacientes a preparar formas del seguro del paciente o asistir a colectar de la compania de seguros el pago y hacerlo; y si el credito llega a sobrar se depositara a la cuenta del paciente directamente. Sin embargo la oficina no puede dar servicio y asumir los cargos que van a ser pagados por la compania de seguros. Un balance que no se ha pagado en mas de 60 dias se hara un cargo de 1 1/2 % por mes (18% anual). A menos que se haga un arreglo financiero satisfactorio. Entiendo que los honorarios calculados por el tratamiento solo son validos por us periodo de 6 meses a partir de la fecha de la examinacion del paciente. En consideracion con los servicios profesionales prestados que me son solicitados por el Doctor; por lo tanto estoy de acuerdo a pagar el valor del tratamiento que indique el Doctor o el asigne en el tiempo prestado al servicio. Ademas estoy de acuerdo en aceptar el valr que eligan por los servicios que pagare a menos que tuviera una objesion por mi.

He leido las condiciones y pagos del tratamiento y estoy de acuerdo con en contenido.

Yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento por mi nino/a

\_\_\_\_\_, para que se haga un examen dental, radiografias dentales, y una limpieza de los dientes.

\_\_\_\_\_  
Firma de Pariente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente