



BIENVENIDO

Es un placer darle la bienvenida a usted y a su niño(a) a nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño(a) sea una placentera y educative. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventive. Perseguimos enseñar un buen cuidado oral que le permita a su niño(a) tener una bella sonrisa que perdure toda la vida.

Información del Paciente

Fecha _____ SS # _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Nombre de _____ Sexo: Hombre Mujer Edad: _____
Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre
Apodo: _____ Aficiones: _____ Tel Cel: (____) _____
Dirección de Casa: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Dirección de Envío: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Nombre de Escuela: _____ Escuela Tel: (____) _____
Persona responsable Financiera: _____ Casa Tel: (____) _____
¿A quien podemos agradecer por referirle? _____

Información de Seguro

Padre/tutores Nombre: _____	Madre/tutores nombre: _____
Dirreccion (si es diferente que la del paciente): _____	Dirreccion (si es diferente que la del paciente): _____
Tel Casa: (____) _____ Tel Cel: (____) _____	Tel Casa: (____) _____ Tel Cel: (____) _____
Correo Electronico: _____	Correo Electronico: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
SS#: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___	SS#: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
¿Tiene cobertura de seguro dental para ninos menores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene cobertura de seguro dental para ninos menores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Plan: _____ Tel:(____) _____	Nombre del Plan: _____ Tel:(____) _____
Dirreccion: _____	Dirreccion: _____
Grupo#: _____ Poliza: _____	Grupo#: _____ Poliza: _____

¿Fecha de la ultima visita?: _____ Para que servicio ? _____

¿El niño(a) se a quejado de problemas dentales? Si No ¿A tomado fluoruro en cualquier forma? Si No

¿El niño(a) cepilla los dientes diariamente? Si No ¿Cualquier lesión en la boca, los dientes, la cabeza? Si No

¿El niño(a) usa hilo dental todos los dias? Si No ¿Alguna experiencia dental infeliz? Si No

¿Cualquier hábitos de boca-chupar los pulgares, moder uñas, dormir con chupon, botella, ect.? Si No

Historial Médico

Medico del Menor: _____ Ciudad/Estado: _____ Tel:(____)_____

Ultima cita: _____ Resultados: _____

¿Esta el niño(a) actualmente bajo cuidados Medicamentos: _____

de algun medico?..... Si No _____

¿Recive algun medicamento?..... Si No _____

¿Alguna vez hospitalizado?..... Si No Alergias: _____

¿Alguna vez ha tenido cirugia? Si No _____

¿Hay sangrado excesivo cuando se corta?..... Si No _____

¿Ha tenido el o la menor alguna historia o dificultad con alguno de los siguientes? Si es asi, por favor (√)

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sida/HIV | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñon | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problema para escuchar | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema cardiaco | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Contacto de Emergencia

En caso de una emergencia, a quien debemos contactar:

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel: (____)_____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel: (____)_____

Autorizaciones

A mi leal saber y entender, la anterior informacion es completa y correcta, entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si mi hijo menor tiene algun cambio en la salud.

Consentimiento de menor/niño(a)

Soy el padre, guardian o representante personal de, _____, y no hay órdenes judiciales vigentes que me prohiban firmar este consentimiento, hago su petición y autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales necesarios para el nombre del niño(a) de arriba, incluyendo pero no limitado a los radiografías, y la administracion de anestésicos, que son considerados aconsejables por el médico, si estoy o no presente cuando el tratamiento es traducido.

Asignacion y liberación de Seguro

Certifico que mis dependientes están cubiertos por un seguro y asignan directamente a Dr. Ciaglia todos los beneficios del seguro, si lo hubiera, de lo contrario pagados a mi servicio prestado. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones. El medico mencionado anteriormente puede usar la informacion a las companias de seguros antes mencionadas a sus agentes con el propósito de obtener pagos por servicios y determinar los beneficios de seguro pagados pro servicios relacionados. Este concentimiento terminará cuando el tratamiento actual sea completado por un año a partir de la fecha firmada abajo.

Firma del padre, guardian o representante personal

Fecha

Consentimiento a la fotografía dental: Yo autorizo a New Lenox Dental Group a tomar fotografías y/o videos de mi cara, mandibula y dientes, antes durante y despues del tratamiento, consiento en permitir que las fotografías se an usadas para:

- Registros dentales o investigación dental
- Educación dental incluyendo conferencia, seminarios, demostraciones, publicaciones profesionales tales como revistas o libros.
- Material de publicidad incluyendo sitios web y materiales impresos, educación del paciente.

Yo entiendo que si se usan las fotografías y/o videos, mi nombre o otra información de identificación se mantendra confidencial. No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías.

Firma (Paciente o Tutor) _____

Fecha: _____