

### ACERCA DE SU HIJO/A

NOMBRE DE NIÑO/A \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ SEG. SOC. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ APT. # \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO PRIMARIO \_\_\_\_\_ TELEFONO SECUNDARIO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

¿CUAL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA VISITA DE HOY?

### PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL PRIMARIO

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

# DE GRUPO ( plan, local, o # de política)

NOMBRE DE DUEÑO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE DUEÑO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

# SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

OCUPACION DE DUEÑO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

### Quién está acompañando al niño/a hoy?

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

S  N ¿Tiene usted la custodia legal del niño/a ?

### 2 CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PEDIÁTRICO

Al poner mis iniciales abajo,  
Autorizo a Healthy Smiles para realizar el siguiente  
tratamiento de mi hijo/a ( hoy y en el futuro ) .

Examen / Profilaxis  
( Pulido preventivo / Limpieza )  
Fluoruro de tratamiento radiografías,.

Iniciales \_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL SECUNDARIO

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

# DE GRUPO ( plan, local, o # de política)

NOMBRE DE DUEÑO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE DUEÑO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

# SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

OCUPACION DE DUEÑO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO A LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

La cobertura del seguro es sólo una estimación . Garante es Responsable de todos los tratamientos no cubiertos por el seguro. Cualquier pregunta no dude en llamar al 661-377-2000



Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de la boca de su hijo , su boca es una parte de la totalidad de su cuerpo. Los problemas de salud que puedan tener , o medicamentos que estén tomando, podría tener una interrelación importante con su dentista . Gracias por responder a las siguientes preguntas acerca de su hijo/a.

- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado/a o tratado/a por algún trauma en particular?  Si  No explicación \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo/a una lesión en la cabeza o el cuello en serio?  Si  No explicación \_\_\_\_\_
- ¿Está su hijo/a tomando algún medicamento , pastillas o drogas?  Si  No explicación \_\_\_\_\_
- ¿Es esta la primera visita de su hijo/a al dentista? Si no, ¿cuándo fue la última visita y lo que se hizo a su hijo/a?  Si  No explicación \_\_\_\_\_
- ¿Espera que su hijo sea cooperativa? Si no, Por favor explique.  Si  No explicación \_\_\_\_\_

¿Es el paciente alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Asprina  Penicilina  Codeína  Látex  
 Sulfamidas  Anestésicos locales  Otro

Por favor, indique si su hijo/a ha tenido la siguiente :

- |                       |   |                          |   |
|-----------------------|---|--------------------------|---|
| Hemofilia             | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Anemia                   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Asma                  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tos frecuente            | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Amigdalitis           | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Soplo                    | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Problemas del corazón | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | ADD / ADHD               | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Diabetes              | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Desmayos / Mareos     | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas respiratorios  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Tuberculosis          | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolor en la mandíbula    | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Atención Psiquiátrica | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Autismo                  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad no mencionada?  Si  No explicación \_\_\_\_\_

Acerca de su hijo/a:

Esta su hijo actualmente ?

- Tomando pecho  Si  No
- chupandose el dedo  Si  No
- Chupete  Si  No
- Biberón  Si  No
- Vaso de entrenamiento  Si  No

where children's  
smiles are the  
**Sweetest!**

