



# NUEVO FORMULARIO DE PACIENTE

770.692.1000 | D4C.com

## Información de su niño(a)

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere que su niño(a) sea llamado? \_\_\_\_\_

Edad                      Género                      Fecha de Nacimiento

Dirección                                      Apartamento

Ciudad                                      Estado      Código Postal

Numero de teléfono                      Distrito escolar (condado/ciudad)

Grado de estudio                      Pasatiempos de su niño(a)

Nombre y edad de hermano(a)s \_\_\_\_\_

¿Quién lo(a) refirió a nuestros consultorios? \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres:

Casados    Divorciados    Separados    Viudo(a)    Soltero(a)

## Historia Dental

Sí    No      ¿Es esta la primera vez que su hijo visita al dentista? ¿Si no es así, cuando fue la ultima visita y que se le hizo al niño(a)? \_\_\_\_\_

Sí    No      ¿Espera que su niño(a) sea un paciente cooperador? Si no, por favor explicar. \_\_\_\_\_

Sí    No      ¿Consumen en casa agua extraída de un pozo?

Sí    No      ¿Consume su niño(a) tabletas de flúor o vitaminas con flúor?

Sí    No      ¿Se ha golpeado su niño(a) algún diente? ¿De ser así, cuándo? \_\_\_\_\_

Sí    No      ¿Tiene su niño(a) historia de dolores de cabeza, dolor, chasquido o ruidos en la articulación de la mandibula?

Sí    No      ¿Duerme niño(a) en la noche con tetero/biberón?

Sí    No      ¿Tiene su niño(a) dolor en algún diente/muela?

**Ha tenido o tiene su niño(a) alguno de los siguientes problemas?**

Se chupa el dedo      ¿Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía lo hace    Sí    No

Se chupa el labio      ¿Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía lo hace    Sí    No

Chupón o chupete      ¿Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía lo hace    Sí    No

## Historia Médica

¿Está su niño(a) siendo atendido(a) actualmente por el médico familiar debido a alguna razón medica?    Sí    No   Si la respuesta es sí, favor explicar \_\_\_\_\_

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

• ¿Se encuentra su niño(a) en buena salud?    Sí    No  
Si no, explica \_\_\_\_\_

• ¿Está su niño(a) siendo atendido por un medico especialista, aparte del medico familiar? De ser así, favor explicar \_\_\_\_\_

• ¿Tiene su niño(a) alergia a algún medicamento?    Sí    No  
Favor mencionar los medicamentos \_\_\_\_\_

• ¿Esta su niño(a) tomando algún medicamento    Sí    No  
en este momento? De ser así, cuales? \_\_\_\_\_

• ¿Ha estado su niño(a) hospitalizado o ha recibido atención en una sala de emergencia por algún trauma/golpe? ¿Cuando y por qué razón? \_\_\_\_\_

• ¿Ha tenido o tiene su niño(a) algun desorden mental, emocional, o nervioso? De ser así, favor explicar. \_\_\_\_\_

• ¿Le han removido las amígdalas a su niño(a)?    Sí    No

• ¿Respira su niño(a) por la boca? De ser así, lo hace,    Rara vez    Continuamente

**Por favor indicar si su niño(a) ha tenido alguno(a) de los siguiente:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática          |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina   | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 |
| <input type="checkbox"/> Alergia a otro medicamento  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Hiperactividad (TDAH)     |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> VIH Positivo (SIDA)       |
| <input type="checkbox"/> Ataques de epilepsia  | <input type="checkbox"/> Impedimento fisico        |
| <input type="checkbox"/> Autismo   | <input type="checkbox"/> Paladar hendido           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Problemas de habla        |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual  | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad endocrina  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los huesos  | <input type="checkbox"/> Tumores/Leucemia          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o soplo en el corazón. Mencionar el tipo de enfermedad _____ |  |

¿Esta el niño(a) siendo atendido por un cardiólogo o un especialista en el problema cardíaco? De ser así, favor mencionar el nombre \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Favor describir otros problemas que su niño(a) tenga y no se hayan mencionado anteriormente \_\_\_\_\_

**Usted considera que su niño(a) esta:**

• Avanzado(a) en el proceso de aprendizaje    Sí    No

• Con un proceso normal de aprendizaje    Sí    No

• Atrasado en el aprendizaje    Sí    No

## Historia Dental Preventiva

¿Con que frecuencia su niño(a) se lava los dientes? \_\_\_\_\_

¿Alguién supervisa el lavado de dientes del niño(a)?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Usa su niño(a) seda dental?  Sí  No

Recibe su niño(a) alguno de los siguientes:

Flúor en tabletas/gotas  Flúor en vitaminas  Agua de pozo

Agua con flúor  Agua en botella

## Persona Responsable

Nombre completo del padre

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Numero de teléfono Numero de teléfono celular

Numero de teléfono del trabajo Empleador

Ocupación Correo electrónico

Tiene seguro dental:  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro Numero de plan o grupo

Numero de teléfono del seguro

Nombre completo del madre

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Numero de teléfono Numero de teléfono celular

Numero de teléfono del trabajo Empleador

Ocupación Correo electrónico

Tiene seguro dental:  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro Numero de plan o grupo

Numero de teléfono del seguro

## Familiar/Amigo Más Cercano

Nombre

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Numero de teléfono Relación con su niño(a)

¿En caso que usted no se encuentre en casa, cuál es el nombre de su vecino(a)? \_\_\_\_\_

Nombre

Numero de teléfono

## Información Financiera

### Método de pago:

Favor de marcar la que corresponda:

- Cheque o dinero en efectivo al momento del tratamiento
- Visa, Mastercard, American Express o Discover
- Formulario de seguro con el copago al momento del tratamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

- Se espera que los pagos se realicen al momento del tratamiento.
- Los pacientes que consultan por emergencia (primera visita en la oficina) requieren pagar la totalidad del tratamiento al momento de la visita.
- Los pacientes que tengan seguro pueden pagar la porción estimada, incluido el deducible, al momento de recibir el servicio. Es responsabilidad de los padres/guardian el procurar que los pagos del seguro se hagan a tiempo. Cualquier balance del seguro después de 60 días, será responsabilidad de los padres/guardián.

Si mi cuenta requiere servicios de una agencia de recaudación o de un abogado, entiendo que seré responsable por el cobro de los honorarios de recaudación y abogado, así como los gastos aplicables en corte, aparte de los pagos directo a Dentistry for Children, al grupo de beneficios del seguro, de lo contrario que sea pagado por mi parte y autorizo la divulgación de la información con respecto al tratamiento a la compañía de seguros.

**FIRMA DE LA PERSONA ASEGURADA (Garante)**

Yo, doy mi consentimiento para los servicios dentales necesarios, anestesia local, sedación con óxido nitroso, así como el uso apropiado y aceptable de métodos para completar los mismos. Acepto la responsabilidad de los pagos por los servicios realizados a \_\_\_\_\_ (nombre del niño(a)). Entiendo que seré informado de cualquier tratamiento (aparte de limpiezas dentales de rutina, tratamientos con flúor, rayos x y exámenes) antes que sea(n) realizado(s).

Firma del Padre/Guardián

Fecha