



¡BIENVENIDO!

¡Gracias por elegir a *Fishers Pediatric Dentistry* para el cuidado dental de su hijo/a!

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número principal al que le gustaría recibir confirmaciones de citas: () - _____

¿Quién acompaña al niño/a hoy?

Nombre: _____ Relación: Biológica Adoptado Guardián Niñera Otro: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

GUARDIÁN (I)

Nombre: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____ N° Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Pareja Doméstica

Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Teléfono: () - _____ Celular: () - _____

Correo electrónico (E-mail): _____

Marque aquí si su dirección es la misma que la del paciente.

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____

Número del Trabajo: () - _____

GUARDIÁN (II)

Nombre: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____ N° Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Pareja Doméstica

Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Teléfono: () - _____ Celular: () - _____

Correo electrónico (E-mail): _____

Marque aquí si su dirección es la misma que la del paciente.

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____

Número del Trabajo: () - _____

¿Con quién vive el paciente?: Guardián 1 & 2 Guardián 1 Guardián 2 Otro: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

COBERTURA PRINCIPAL

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N° Seguro Social: _____

Empleador: _____

Número del Trabajo: () - _____

Compañía de Seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Compañía: () - _____

Número del Grupo/Póliza #: _____

Número de Identificación #: _____

COBERTURA SECUNDARIA

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N° Seguro Social: _____

Empleador: _____

Número del Trabajo: () - _____

Compañía de Seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Compañía: () - _____

Número del Grupo/Póliza #: _____

Número de Identificación #: _____

INFORMACIÓN DE REFERIDO

Por favor comparta con nosotros cómo se enteró de nuestra oficina...

Hermano(s): _____

Amigo/a: _____

Pediatra/Médico: _____

Dentista/Oficina Dental: _____

Seguro Dental: _____

Escuela/Guardería: _____

Evento Comunitario: _____

Internet/Google

Página oficial de Internet de nuestra oficina

Facebook

Angie's List

Anuncio impreso (revista, periódico, etc): _____

Medio Social (radio, cine, etc.): _____

Otro: _____

HISTORIAL DENTAL

PREOCUPACIONES/INTERESES DENTALES

¿Cuál es la razón principal de su visita? : Limpieza Emergencia Dental Consulta por Caries

¿Alguna vez su hijo/a ha visitado un dentista? : Sí No

(Si marcó Sí) Dentista Anterior/Actual: _____

Fecha de la Última Visita: _____ Fecha de las Últimas Radiografías: _____

¿Usted cree que su hijo/a reaccionará positivamente al tratamiento? : Sí No

Por favor describa algunas sugerencias que nos ayuden a brindar a su hijo/a una experiencia positiva durante su visita: _____

HÁBITOS DENTALES

¿Su hijo/a actualmente...? (Marque todo lo que aplica)

- Se chupa el dedo Se chupa/muerde los labios Se muerde las uñas Empuja la lengua Toma biberón/botella
 Usa chupón Se muerde la lengua/mejillas Rechina los dientes Respira por la boca Toma pecho

HIGIENE RUTINARIA

(Marque todo lo que aplica)

- Usa pasta dental con fluoruro Toma agua fluorada Cepillado de dientes por el niño: _____/al día
 Alimentos entre comidas – qué tipos de alimentos: _____
 Enjuague bucal con fluoruro Uso del hilo dental: _____/por semana Cepillado de dientes por el padre/madre: _____/al día

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene su hijo/a todas las vacunas al día? : Sí No

Médico de su hijo/a: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Fecha de la Última Visita: _____

Historial de Hospitalizaciones / Operaciones / Cuidado de Emergencias / Enfermedades Recientes (explique): _____

Medicamentos que su hijo/a actualmente toma: _____

¿Alguna vez fue su hijo/a diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes razones...? (Marque todo lo que aplica)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Sangre/Anemia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | ALERGIAS: |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Medicamento: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden del Sistema Inmune/HVI/AIDS | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Comida: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumor/Leucemia | <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos | <input type="checkbox"/> Estacionales |
| <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón/Cirugía | <input type="checkbox"/> Parto Prematuro | <input type="checkbox"/> Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Labio/Paladar Leporino | <input type="checkbox"/> Látex |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones | <input type="checkbox"/> Desorden Alimentario/Bulimia/Anorexia | |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado /Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas con la Vista | |
| <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait/Anemia Falciforme | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición/Sordo | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Retraso Mental/Social/Cognitivo | |

Certifico que la información que he proporcionado es correcta. Esta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental de *Fishers Pediatric Dentistry* a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para mi hijo/a. Yo entiendo que *Fishers Pediatric Dentistry* podría utilizar información pertinente acerca de la salud y los archivos dentales de mi hijo/a para coordinar el cuidado dental y servicios relacionados a uno o más proveedores de salud u otros especialistas dentales. Yo autorizo la publicación de toda la información necesaria para asegurar beneficios como reembolso de servicios brindados, confirmación de cobertura, facturas y cobros. Yo entiendo que soy responsable del balance total de la cuenta independientemente de la cobertura de mi seguro dental y asigno directamente a *Fishers Pediatric Dentistry* todos los pagos del seguro dental de otra manera pagados a mí. En caso de faltas, yo acuerdo a pagar todos los costos razonables asociados con la colección incluyendo, pero no limitados a, gastos de colección de tercer partido, costos de licenciados y cortes. Afirmo que mi firma representa mi acuerdo a todos los términos ya mencionados.

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____