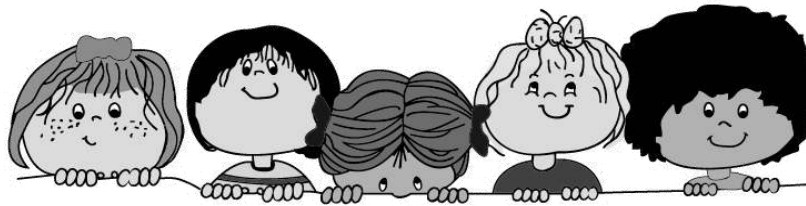


Correo electrónico: \_\_\_\_\_



## CHILDREN'S DENTAL HEALTH CENTER

Bienvenidos a Children's Dental Health Center. Nos complace recibirlos a usted y a su familia en nuestra clínica. Por favor tómele unos minutos para llenar este formulario con la información del paciente. Si tiene preguntas, nuestro personal estará alegre y disponible a ayudarlo. ¡Esperamos trabajar con ustedes en el futuro para mantener la sonrisas de sus niños!

Fecha _____	#de SS del Nino _____	# de Seguro Médico _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre del Paciente _____	Apellido _____	Primer Nombre _____	Inicial _____
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad _____
Dirección _____	Calle _____	Ciudad _____	Estado _____
		Código Postal _____	
Número de Teléfono (____) _____	Tel. de Trabajo(____) _____	Tel. de Celular (____) _____	
¿Como escuchó de nuestra oficina? _____			

Padre/Nombre de Guardian _____	Dirección _____	Si es diferente a la de arriba
Número de SS _____	Fecha de Nacimiento _____	
Número de Teléfono (____) _____	Número de Trabajo(____) _____	Numero de Celular (____) _____
Escriba los números telefónicos si son diferentes a los de arriba		

¿Tiene seguro dental para su niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Califica su niño para tratamiento bajo el seguro de SoonerCare Insurance? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Portador del Seguro _____	Dirección _____	
Empleador _____	Número de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre de Plan _____	Dirección _____	
Número de Teléfono (____) _____	Número de grupo _____	Número de política _____

Pagaré hoy en: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito
¿Quien está a cargo de ésta cuenta? _____

En caso de emergencia, ¿a quién podemos contactar? Por favor anote mas de un teléfono por persona.			
Nombre _____	Relación al paciente _____	Teléfono(____) _____	Teléfono(____) _____
Nombre _____	Relación al paciente _____	Teléfono(____) _____	Teléfono(____) _____
Nombre _____	Relación al paciente _____	Teléfono(____) _____	Teléfono(____) _____

**Por favor complete los dos lados**

**¿Ha tenido su niño alguno de ó dificultades con los siguientes? Si es así, por favor márquelos.**

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Problemas Nasales
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de los Oídos	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/> Problemas de la Vejiga	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas/Alcohol	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Otro

Doctor/Pediatra del Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con la total habilidad de mi conocimiento, la información que acabo de completar es correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor de cualquier cambio de salud de mi niño.

**Consentimiento**  
Yo soy el padre o guardián de \_\_\_\_\_ y no hay ninguna orden de corte que me prohíba firmar este consentimiento. También le doy autorización al personal dental para que le practiquen los servicios dentales necesarios al paciente nombrado arriba, incluyendo pero no limitados a radiografías y uso de anestesia, los cuales son recomendados por el doctor, esté o no presente yo cuando se realice el tratamiento

**Asignación y Acceso de Seguro**  
Certifico que el paciente tiene el seguro médico de \_\_\_\_\_ y le asigno algún ó todos los beneficios a Children's Dental Health Center, si no, reembolsados a mi por todos los servicios rendidos. Entiendo que soy responsable de todos los gastos que el seguro no cubra. Autorizo el uso de mi firma en todos los reportes presentados al seguro médico.

Children's Dental Health Center puede usar la información de cuidado médico del paciente e intercambiar tal información con la compañía de seguro nombrada arriba y sus agentes con el propósito de obtener pagos de servicios y determinar beneficios cubiertos por estos servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Nombre por escrito

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

**Para ser llenado en citas próximas**  
¿Ha habido algún cambio en la salud del paciente desde su última visita con su dentista? Si No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Está el paciente tomando nuevos medicamentos? Si No Si es así, por favor escribalos: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Firma de los padres o guardián \_\_\_\_\_