



Le damos la bienvenida. Por favor tome unos minutos para llenar esta forma. Si usted tiene alguna pregunta estaremos contentos de ayudarlo. Estamos ansiosos de trabajar con usted para mantener la salud de los dientes de su hijo(a).

1. Háblenos acerca de su hijo(a)

Nombre _____
 Apellido _____ Nombre _____ 2do. Nombre _____
 Apodo _____ Niño Niña
 Fecha de nac. ____/____/____ Edad _____
 Teléfono # (____) _____
 SS# _____
 Dirección _____

 Escuela _____ Grado _____
 Referido por _____

Estado civil de los padres: Soltero Casado
 Separado Viudo Divorciado Pareja Doméstica

2. Información de la madre

Nombre _____
 Fecha de Nac. ____/____/____ Madrastra Guardián
 Empleador _____
 Telf. Trabajo (____) _____
 Telf. Casa (____) _____
 Celular (____) _____
 SS# _____

E-mail: _____
 ¿Es la madre militar activo? Si No

3. Información del padre

Nombre _____
 Fecha de Nac. ____/____/____ Padastro Guardián
 Empleador _____
 Telf. Trabajo (____) _____
 Telf. Casa (____) _____
 Celular (____) _____
 SS # _____

E-mail: _____
 ¿Es el padre es militar activo? Si No

4. Persona Responsable de la cuenta

Nombre _____

5. Seguro dental primario

Nombre del seguro _____
 Telef. del Seguro (____) _____
 #ID _____ #Grupo _____
 Nombre del asegurado _____
 Relación con el paciente _____
 Fecha de nac. del asegurado ____/____/____
 SS # _____
 Empleador del asegurado _____

6. Seguro dental secundario (si es aplicable)

Nombre del seguro _____
 Telef. Del Seguro (____) _____
 #ID. _____ #Grupo _____
 Nombre del asegurado _____
 Relación con el paciente _____
 Fecha de nac. del asegurado ____/____/____
 SS # _____
 Empleador del asegurado _____

7. Historia Médica

Pediatra _____
 Teléfono (____) _____
 Fecha del último examen _____
 ¿Esta su hijo(a) bajo el cuidado de un doctor? Si No
 ¿Ha sido hospitalizado o Ha tenido cirugía?
 Si No
 ¿Su hijo tiene alguna alergia? Si No
 Si es así, por favor
 lista _____

Por favor lista todos los medicamentos y la dosis que el niño está tomando:

¿Requiere su hijo tener medicación previa antes del tratamiento dental? ____ Si No

Es el niño(a) alérgico a: Látex Penicilina
 Amoxicilina Tetraciclina Anestesia Dental
 Aspirina Otro(s):

Historia Dental

• ¿Es primera vez que esté de su hijo al dentista? Si No

• ¿Tiene su hijo alguna vez tenido complicaciones después del tratamiento dental? Si No
En caso afirmativo, por favor explique:

• ¿Cualquier hábitos orales?
 chuparse el dedo chupete molienda de dientes

• ¿Usa su hijo un biberón o taza de entrenamiento (Sippy Cup)? Si No – En caso afirmativo, por favor explique: Con comida Durante el día sin comida
 Mientras se duerme

10. Certifico que la información que les he dado es correcta. También entiendo que es confidencial y es mi responsabilidad de informarles de cualquier cambios en la salud de mi hijo(a).

Yo, soy el padre, guardián, o representación personal de este niño(a). No hay ninguna orden de la corte que me prohíba firmar este permiso. Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios para mi hijo(a), incluyendo y sin limitar rayos x, y administración de anestésicos, los cuales son aconsejados por el doctor, este o no este presente cuando se este dando el tratamiento.

Certifico que mi dependiente esta cubierto por el seguro escrito arriba y todos los beneficios del seguro; si hay alguno está asignado directamente a Potomac Pediatric Dentistry. Entiendo que soy responsable por todos los cargos que pague o no el seguro dental. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones al seguro. Potomac Pediatric Dentistry puede usar la información medica de mi hijo(a), y puede dar esta información al seguro nombrado arriba y a sus agentes con el propósito de obtener pago por los servicios otorgados y determinar los beneficios.

11. Si yo no pudiera traer a mis niños a sus(s) citas, las siguientes personas tienen autorizacion para traerlos, incluyendo tomar cualquier decision necesaria relacionada con el cuidado dental de mis niños. Esto incluye el consentimiento de tratamiento que sea necesario.

NOMBRE:

NUMERO DE TELEFONO:

Firma del guardián _____ Fecha _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguno de lo sig. Problemas?

- Amigdalitis
- Asma
- Leucemia/Anemia
- Hemofilia
- Labio Leporino
- Presión alta/baja
- Huesos artificiales
- HIV/SIDA
- Problemas psiquiátricos
- Desmayos /ataques
- Murmuro del corazón
- Defecto congénito del corazón
- Válvula artificial del corazón
- Cáncer/Tumores
- Problemas Respiratorios
- Transfusión de sangre
- Diabetes/Hipoglucemia
- Sangrado anormal
- Defectos de nacimiento
- Hepatitis
- Problemas de hígado /riñón
- Tuberculosis TB
- Hiperactividad/ADD
- Retrazo cerebral
- Fiebre reumática
- Cirugías
- Problemas del oído
- Quimioterapia

Por favor díganos si su hijo(a) tiene algún otro problema:

Consentimiento para el uso o divulgación de información de salud protegida del paciente

Este formulario debe de ser completado por la persona que la información protegida de la salud ha de ser divulgada o por un padre o guardián si la persona es menor de edad bajo la ley del estado

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente : _____ **(para identificación)**

Le doy autorización a **Potomac Pediatric Dentistry** para liberar la siguiente información personal de salud para:

(Marque todas las que correspondan)

- Servicio Dental información sobre reclamaciones
- Servicios de venta con receta, de diagnóstico, tratamiento y / o la gestión de la atención
- Comentarios requeridos por HHS u operaciones de atención de la salud que cumple con HIPAA
- Otro (especificar) _____

La información anterior puede ser liberado a través de:

- Teléfono
- Fax
- Correo
- E-Mail
- Amigo o Familiar

Mi Consentimiento

Efectiva: Fecha de hoy _____

Quiero que este consentimiento:

- Continuar indefinidamente
- Efectiva sólo hasta _____ (Fecha)

Entiendo que el consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento. Yo entiendo por qué se me ha pedido dar a conocer esta información y estoy consciente de que mis derechos de los pacientes se identifican en la Comunicación de la práctica de las Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente _____ Fecha _____

O, Guardián / Representante Personal _____ Fecha _____