

Información Del Paciente:	
Fecha _____	Num. de indenif. Del paciente/SS _____
fecha de nacimiento _____	Edad _____
Nombre _____	Sexo: _____
Apellido _____	Nombre _____
Dirección de casa _____	
Nombre de escuela _____ Teléfono de escuela _____	
Persona responsable financiero _____	Teléfono de casa _____
¿Quién lo refiro a nosotros? _____	

Información del seguro:	
Nombre del asegurado _____	Relación del paciente _____
Dirección del casa se es diferente _____	
Teléfono de casa _____	Teléfono de trabajo _____
Nombre de trabajo _____	
Num. de indenif/SS _____	fecha de nacimiento _____
Compañía de seguro _____	Número de grupo _____
Dirección de seguro _____	

Información de la Madre:	
Nombre _____	
Apellido _____	Nombre _____
Dirección de casa _____	
fecha de nacimiento _____	Num.de indenif./SS _____
Teléfono de casa _____	Teléfono de trabajo _____
Información del Padre:	
Nombre _____	
Apellido _____	Nombre _____
Dirección de casa _____	
fecha de nacimiento _____	Num.de indenif./SS _____
Teléfono de casa _____	Teléfono de trabajo _____

<p>Historial Dental: Fecha del último examen dental _____ Motivo de la visita _____</p> <p>Dentista anterior _____ Fecha de las ultimo radiografias dental _____</p> <p>¿ qué tan frecuente se lava los dientes? _____ ¿ qué tan frecuente se limpia los diente con hilo dental? _____</p> <p>Su niño a tinedo mal experiencia dental? _____</p>

Historial Médico:

Médico de el niño _____ Fecha de la consulta más reciente _____

Indique todo los medicamentos que toma actualmente _____

Alergias _____

Marque con (√) si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón |
| <input type="checkbox"/> Lesiones cardiacas congenitas | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisone | <input type="checkbox"/> Enfermadad del los riñones |
| <input type="checkbox"/> Reparacion de hernia | <input type="checkbox"/> Enfremedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Atención psiquetrica |
| <input type="checkbox"/> Valvulas cardiacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Erupcion de la piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Paralisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la circulacion | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Autism |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | |

Certificacion y Traspaso

La informacion proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi reponsabilidad informar al medico si hay algun cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ (Nombre de seguro)

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios de seguro, si los hubiere, que de otra manera serian pagaderos a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente reponsable por todos las cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la informacion del cuidado de la salud acerca de mi puede divulgar dicha informacion a la(s) compañía(s) se seruro nombrada(s) anteriormente y a sus agents con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los tratamiento actual se complete o un año depues de la fecha indicada a continuacion .

Firma del Paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del paciente, Madre/Padre

Fecha