

Bienvenidos

Por favor tome un momento para llenar este cuestionario para poder darle un mejor servicio. Muchas gracias por su cooperación.

Nombre _____ Fecha _____ <small>Apellido nombre Inicial</small>	
Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad ___ Sexo _____ Numero de seguro-social _____	
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ___ Zona Postal _____	
Nombre de Padre/Guardián Legal _____	
<input type="checkbox"/> Yo no soy el guardián legal, pero tengo permiso del padre legal a autorizar a Children's Happy Teeth a practicar cualquier trabajo dental necesario.	
Numero de teléfono () _____ Numero de trabajo () _____	
Número del celular () _____ Correo Electrónico _____	
<input type="checkbox"/> Por favor marque la caja, si no desea recibir mensajes de texto en su celular.	
Seguro Dental Primario (No complete si no tiene beneficios dentales) Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado ___ Zona Postal _____ Teléfono () _____ Numero de Celular () _____ Compañía _____ Dirección _____ Teléfono () _____ Ciudad _____ Estado ___ Zona Postal _____ Grupo# _____ Miembro # _____	Persona Responsable Madre _____ FDN: _____ Padre _____ FDN: _____ O Guardián Legal _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado ___ Zona Postal _____ Teléfono () _____ Numero de Celular () _____ Empleador _____ Numero de trabajo _____
Asegurancia Secundaria Compañía _____ Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____	

En caso de emergencia contactar a _____ Teléfono () _____

? Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

Información para
Consentimiento

Yo autorizo a el dentista(s) y empleados a **Children's Happy Teeth** a practicar los exámenes apropiados para obtener un diagnóstico completo de las necesidades dentales de mi hijo/a.

Yo autorizo a mi compañía aseguradora a pagar al dentista(s) todos los beneficios de otra manera pagables a mí por servicios rendidos. Yo autorizo el use de esta firma en todas las sumisiones a mi aseguranza.

Yo autorizo al dentista(s) a proporcionar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Yo Entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los cargos pagados o no por mi aseguranza. Yo entiendo que se me cobrará el 18% TAE (APR) para los saldos de más de 60 días.

Firma

Fecha

Firma de Dentista

Fecha

El pago debe ser al tiempo del tratamiento a menos que hagan algún arreglo previo aprobado

Razon por su visita hoy: _____

Es la primera vez que su hijo/a visita al dentista? Si / No

Si no, Dentista anterior _____ Numero de teléfono _____
Direccion _____ Razon por la cual se fue _____
Fecha del ultimo tratamiento dental _____ Fecha de las ultimas radiografias _____

¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes?

Sensibilidad a caliente	Si / No	Heridas/ llagas en la boca	Si / No	Desgaste de dientes	Si / No
Sensibilidad a frio	Si / No	Mal aliento	Si / No	Sangrado en los encías	Si / No
Sensibilidad al morder	Si / No	Dientes flojos/Rellenos Rotos	Si / No	Problema de TMJ	Si / No
Sensibilidad al dulce	Si / No	Inflamación en la cara	Si / No	Mandíbula que se mueve de lugar	Si / No

¿Con cuanta frecuencia se cepilla los dientes su hijo/a? _____ ¿Con cuanta frecuencia usa hilo dental? _____

¿Esta su hijo/a nervioso respecto a previo tratamiento dental? Si es así explique _____

¿Tiene alguna pregunta en particular sobre el cuidado dental de su hijo/a? _____

¿A tenido su hijo o algún miembro de la familia tratamiento Ortodontico (frenos)? Si / No

Nombre del doctor medico _____ Fecha de la Última visita _____

¿Ha sido su hijo/a paciente en algun hospital? Si / No

Si es hace explique _____

¿Esta su hijo/a bajo cuidado médico? Si / No

¿Esta su hijo/a tomando algún medicamento? Si / No

Si es hace explique _____

¿Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad seria o alguna Operación? Si / No

Si es hace explique _____

¿Ha tomado su hijo/a Phen-Fen o Redux? Si / No

¿Es su hijo/a alérgico/a a alguno medicamento o anestésico? Si / No

¿Tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones?

Problemas del corazón	Si /No	Problemas del riñón	Si /No	Ataques/Desmayos	Si /No
Insuficiencia coronaria	Si / No	Hepatitis	Si /No	Autismo	Si / No
Coronaria en las válvulas	Si / No	Problema en los huesos	Si / No	Epilepsia	Si /No
Presión Alta	Si /No	Enfermedad del hígado	Si / No	Problemas del cerebro	Si /No
Malfuncionamiento de los huesos	Si /No	Sangrado excesivo	Si /No	Tratamiento psiquiátrico	Si / No
Válvulas cerradas	Si /No	Tuberculosis	Si / No	Enfermedades venéreas	Si / No
Desordenes del corazón	Si / No	Problemas del pulmón	Si / No	SIDA/HIV	Si / No
Fiebre Reumática	Si / No	Tos persistente	Si / No	Problema de tiroides	Si / No
Fiebres reumáticas al corazón	Si /No	Emphysema	Si / No	Desorden Nervioso	Si /No
Problemas con las células	Si / No	Sinusitis	Si / No	ADD/ADHD	Si /No
Desorden sanguíneo	Si /No	Úlceras estomacales	Si /No	Discapacidad Mental	Si /No
Anemia	Si /No	Diabetes	Si /No	Problemas auditivos	Si /No
Asma	Si /No	Reumatismo inflamatorio (coyunturas inflamadas/ dolorosas)	Si /No	Deseabilidad de nacimiento	Si / No
Alergia al látex	Si /No	Artritis	Si / No	El labio leporino del paladar	Si / No
Alergia al penicilina	Si /No			Nacimiento prematuro	

¿Cuántas semanas? _____

¿Tiene su hijo alguna condición no mencionada arriba? Si es así explique _____

Mujeres Adolescentes:

¿Está usted embarazada o piensa estarlo? Si /No

¿Está amamantando? Si /No

¿Está tomando algún anticonceptivo oral? Si /No

Nombre del padre/guardián legal

Firma

Fecha

Review Medical History/Comments

Firma Del Dentista

Fecha