

Bienvenidos a Nuestra Práctica!



INFORMACIÓN DE EL PACIENTE

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

El apodo de niño/a: _____

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

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ **Correo Electrónico:** _____

Edad: _____ Sexo: ___M___F SSN: ____-____-____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre y edad de otros niños en la familia: _____

Si es un menor de edad, nombre del Padre o Guardián: _____

¿Quién tiene la custodia legal del paciente: _____

Titular de póliza de seguro: ___Sí___No

Quién podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? _____

Cómo se enteró sobre nosotros? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIAN

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

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

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Seguro Social: ____-____-____ Relación con el Paciente: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO

MEDICAID: _____ **HEALTHY KIDS:** _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social: ____-____-____

Compañía de Seguro: _____ **# De Póliza:-** _____ **# De Grupo:** _____

Teléfono: _____

Empleador del Asegurado: _____ Teléfono de Empleador: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:

Persona de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MÉDICA

Médico: _____ Fecha de última visita: ____/____/____

Nombre de la Práctica: _____ Teléfono: _____

POR FAVOR CIRCULE: Sí o No (Favor de dar detalles a las respuestas con SI.)

Sí No Esta su hijo/a en buena salud?

Sí No Su hijo/a a tenido algun problema de salud? _____

Sí No Ha sido hospitalizado su hijo/a alguna vez, o ha tenido alguna operación?

En caso afirmativo, dar razón y fecha/s: _____

Sí No Tuvo problemas al nacer?

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Sí No Esta su hijo/a tomando algún medicamento?

Favor de dar el nombre y dosis del medicamentos, y la razón: _____

Sí No Es su hijo/a alérgico/a algún medicamento, comida o otro? _____

Sí No Ha estado alguna vez su hijo/a involucrado en algun accidente grave?

POR FAVOR MARQUE:

Si su hijo/a tiene o ha recibido tratamiento para cualquiera de las condiciones de salud listadas y favor de elaborar:

<input type="checkbox"/> Sangrado Anormal	<input type="checkbox"/> Defecto Cardiaco Congenito	<input type="checkbox"/> Retrasos Mentales
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Trastorno Neuromuscular
<input type="checkbox"/> Reacciones Adversas a Medicamentos	<input type="checkbox"/> Endocrino /Crecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Personalidad / Sociales
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Alcance de la Vista	<input type="checkbox"/> Retrasos Físicos
<input type="checkbox"/> Asma/Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Trastornos Gastricos	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Recurrentes
<input type="checkbox"/> Sangrado/Transfusiones	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Desorden Sanguineo	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado
<input type="checkbox"/> Trastorno Óseo	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Radiación / Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Cáncer /Tumor	<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Células
<input type="checkbox"/> Labio Leporino /Paladar Hendido	<input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> Falciformes /Rasgo
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas Renales/Enfermedad	<input type="checkbox"/> Lesiones Significantes
	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Habla /Audición
	<input type="checkbox"/> Problemas del Hígado	

Detalles de condicion marcada: _____

Hay otras condiciones médicas no mencionadas aquí que debemos tener en cuenta?

HISTORIA DENTAL

Dentista: _____

Fcha de la última visita: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

HISTORIA PEDIÁTRICA DENTAL:

Encierre en un círculo: Sí o No (Favor de dar detalles a las respuestas con SI.)

- Sí No Ha experimentado su hijo/a alguna reacción desfavorable del cuidado dental anterior?
- Sí No Su niño/a se chupa el dedo, los dedos o el chupete?
- Sí No Su hijo/a tiene dolor al masticar, bostezar o amplia apertura de su boca?
- Sí No Hace ruido la mandíbula de su hijo/a y/o dolor asociado con los sonidos?
- Sí No Su hijo/a está experimentando algún dolor dental?
Explique: _____
- Sí No Su hijo/a ha perdido alguna vez o desbastada un diente? _____
- Sí No Ha habido alguna lesión en su boca, dientes o la cara? _____
- Sí No Es cualquier parte de la boca del niño/a sensible a la temperatura o la presión?
Explique: _____
- Sí No Le sangran las encías de su hijo/a cuando se cepillan?
- Sí No Su hijo/a tiene cualquier tipo de hábito con el pulgar o la lengua? _____
- Sí No Su hijo/a respira por la boca? _____
- Sí No Ha visitado su hijo/a un ortodoncista? _____
- Sí No Alguien en la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? _____

Qué le preocupa más acerca de los dientes de su hijo?

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

- He leído y respondido las preguntas anteriores en la medida de mis conocimientos.
- Autorizo a mi compañía de seguros a pagar Chattahoochee Family Orthodontics todos los beneficios de seguro de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados.
- Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- Autorizo a Chattahoochee Family Orthodontics para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro.

Firma del Padre/Guardian Legal: _____ **Fecha:** ____/____/____

PERMISO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES:

Por favor, proporcione los nombres de las personas que usted consienta en llevar a su hijo a las citas dentales. Tenga en cuenta que esta persona podrá dar su consentimiento para el tratamiento y será responsable financieramente de cualquier pago en ese día de servicio.

LIBERACIÓN DE FOTO Y VIDEO

Por la presente, doy permiso para que las imágenes de mi hijo capturadas durante cualquiera o todas las visitas o actividades de eventos de Palm Tree Orthodontics a través de video, foto y cámara digital, se utilicen únicamente para los fines de Palm Tree Orthodontics; material promocional y publicaciones y renuncia a cualquier derecho de compensación o propiedad de los mismos.

Nombre del Participante (Escriba): _____ Edad: _____

Nombre del Padre/Guardian (Escriba): _____

Firma del Padre/Guardian Legal: _____ **Fecha:** ____/____/____