

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE PACIENTE

# bienvenido

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Masc.  Fem.  
Apellido Primer nombre Inicial

Si es menor: Nombre del padre/de la madre \_\_\_\_\_

Cómo desea que se dirijan a usted \_\_\_\_\_

Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Menor

Domicilio - Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trab. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Paciente/Padre empleado en \_\_\_\_\_

Cargo actual \_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/padre \_\_\_\_\_

Cónyuge empleado en \_\_\_\_\_

Cargo actual \_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_

Núm. de licencia de conducir \_\_\_\_\_

Método de pago: Seguro  Efectivo  Tarjeta de crédito

Propósito de la llamada \_\_\_\_\_

Otros familiares en este consultorio \_\_\_\_\_

A quién debemos agradecer esta derivación \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social del paciente/padre \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social del cónyuge/padre \_\_\_\_\_

Persona, que no viva con usted, a quien notificar en caso de emergencia \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL PRIMERA COBERTURA

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Núm. de programa o póliza \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Grupo o sindicato local \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL SEGUNDA COBERTURA

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Núm. de programa o póliza \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Grupo o sindicato local \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO:

Consiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento efectuados por el dentista y que sean necesarios para la atención dental correcta.

Acepto el uso y la divulgación de mis registros (o los registros de mi hijo) al dentista para efectuar tratamiento, obtener pago y para las actividades y operaciones de atención médica que se relacionen con el tratamiento o el pago.

Acepto la divulgación de mis registros (o los de mi hijo) a las personas siguientes que participan en mi atención (o la de mi hijo) o el pago por dicha atención.

Mi consentimiento a la divulgación de registros estará en vigencia hasta que lo revoque por escrito.

Autorizo el pago directo al dentista o grupo dental de beneficios del seguro pagaderos de otra manera a mí. Entiendo que mi aseguradora de atención dental o pagador de beneficios dentales puede pagar menos que la factura real por servicios, y que soy responsable económicamente por el pago total de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todo acuerdo previo en contrario y acepto la responsabilidad de pago por servicios no pagados por mi pagador de atención dental.

Certifico la veracidad de la información de esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL

FECHA \_\_\_\_\_

# INSCRIPCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DE PACIENTE

**bienvenido**

Nombre Y Apellido del Paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicia \_\_\_\_\_  
 Sobrenombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre Del Padre \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES ODONTO-LOGICOS - CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS**

- ¿Es ésta la primera visita de su hijo a un dentista?.....SI NO
- ¿Si no es la primera visita, cuánto tiempo pasó desde la última visita? \_\_\_\_\_
- ¿Le tomaron radiografías cuando su hijo visito su dentista anteriormente?.....SI NO
- ¿Come el niño alimentos entre sus comidas regulares? .....SI NO
- ¿Consumo el niño dulces, sodas, ó goma de mascar? .....SI NO
- ¿Cuando su niño se cepilla los dientes?  
 ¿A levantarse?                       ¿Después de comer cualquier alimento?  
 ¿Después de las comidas?         ¿Al acostarse?
- ¿Cómo recibe su niño Fluoruro?  
 agua de la comunidad nivel \_\_\_\_\_     agua del pozo nivel \_\_\_\_\_  
 tabletas o gotas de Fluoruro             el aclarado del fluoruro o gel
- ¿Ha tenido caries anteriormente? .....SI NO
- ¿Se ha extraído algún diente (ya sean dientes de leche o permanentes)? .....SI NO  
 ¿Se recomendó algún tipo de aparato para los dientes? .....SI NO  
 ¿Se colocó el aparato?.....SI NO
- ¿Han ocurrido lesiones a los dientes, tales como caídas, golpes, roturas, etc.? .....SI NO  
 Si es así, describa \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido el niño experiencias odontológicas desagradables? .....SI NO
- ¿Ha usado alguna persona de la familia, incluso los padres, aparatos ortodóncicos? .....SI NO
- ¿Ha recibido el niño alguna vez, un anestésico local? .....SI NO
- ¿Ha tenido jamás su niño selladores de oclusal? .....SI NO
- ¿Piensa su niño que hay algo mal con sus dientes?.....SI NO

**COMENTARIOS**

**ANTECEDENTES MEDICOS**

- ¿Su hijo tiene algun problema de salud? .....SI NO
- ¿Su hijo esta bajo el cuidado de un medico? .....SI NO  
 Si, es qué si, ¿desde cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por que? \_\_\_\_\_
- Nombre del médico y su telefono \_\_\_\_\_
- ¿Recibe su niño alguna medicina? .....SI NO  
 ¿Cual? \_\_\_\_\_
- ¿Su niño es alérgico a la penicilina, los antibióticos o cualquier otras drogas? .....SI NO
- ¿Su niño es alérgico o sensible a cualquier metal o el látex? .....SI NO
- ¿Tiene su niño algun otra alergia? .....SI NO
- ¿Ha tenido su niño alguna enfermedad grave? .....SI NO  
 ¿Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Que era? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido jamás su niño alguna cirugía? .....SI NO
- ¿Tiene su niño un murmullo de corazón? .....SI NO
- ¿La cirugía es contemplada? .....SI NO
- ¿Su niño sangra severamente? .....SI NO
- ¿Tiene su niño SIDA o probó positivo por VIH? .....SI NO
- ¿Ha probado su niño positivo para la hepatitis? .....SI NO
- ¿Padece el niño de alteraciones nerviosas? .....SI NO  
 desmayos                                       ataques  
 mareos     problemas aprendiendo/obedeciendo
- ¿Tiene su niño los dolores de cabeza frecuentes?.....SI NO
- ¿Ha tenido el niño alguna de las siguientes afecciones en forma recurrente? (Circule las respuestas apropiadas) diabetes, problema de corazón, asma, infección de riñon, fiebre reumático, epilepsia, perlesia cerebral, problemas del hígado, defectos congénito al nacer, retardo mental, problemas de vista, cancer, infecciones, imperimento vocal, perdida de oír.

**CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA**

FIRMA DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DENTISTA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

**ANTECEDENTES DENTALES Y MEDICOS DEL NIÑO**