



Remolina Dental Inc.

Bienvenidos!

Gracias por escoger nuestra equipo de salud oral. Le proveeremos con el mejor cuidado dental posible. Por favor llene esta forma completamente.

Informacion del paciente

Fecha _____ *Nombre del niño* _____

Sexo _____ Edad _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Telefono Casa _____

Direccion _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Madre Trabajo _____ Cell _____

Fecha de Nacimiento _____ Ocupacion _____ Email _____

Padre Trabajo _____ Cell _____

Fecha de Nacimiento _____ Ocupacion _____ Email _____

Guardian Relacion _____ Telefono _____

Fecha de Nacimiento _____ Ocupacion _____ Email _____

Nombres y edades de hermanos: _____

Como se entero de nosotros? _____

Razon para la cita de hoy? _____

Informacion del Seguro

Nombre del Seguro Dental _____ Tiene seguro secundario? Si No

Autorizacion

Hasta que yo lo deje saber por escrito, Yo autorizo a Remolina Dental para que transmita informacion relacionado con tratamiento, salud o pagos por medio de email u otros medios, sin inscripcion especial o precauciones especiales de seguridad, a mi o a alguien a quien yo elija o a otros proveedores, planes de salud u otros que esten relacionados con el tratamiento de mi niño. La informacion de paciente que se pueda enviar por email puede incluir radiografias, historia de salud, diagnostico, tratamiento y records de pago.

Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos del total de la cuenta de los servicios. Yo estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios prestados a mi o a mi dependiente.

Pago completo es requerido al momento del tratamiento, a excepcion de arreglos previos.

Firma de la persona responsable por la cuenta _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha _____

Nombre del niño _____

Nombre del Medico _____ Telefono _____ Ciudad _____

Fecha de la ultima cita _____ Razon? _____

Esta el menor tomando alguna medicina ? Si No _____

Esta el menor bajo cuidado medico? Si No _____

Ha estado hospitalizado o ha tenido cirugias? Si No _____

Algun problema congenito ? Si No _____

Explique _____

Marque si su hijo tiene alergias a: Aspirina Penicilina Codeina Latex Leche
 Sulfas Amoxicillina Otras alergias _____

Por favor marque el que corresponda si tiene o ha tenido problema:

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV + | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> De Sangre | <input type="checkbox"/> Dano Cerebral | <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Moretones facil | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Digestivo | <input type="checkbox"/> Sindrome Down's |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Audicion | <input type="checkbox"/> Corazon | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Riñones |
| <input type="checkbox"/> Hgado | <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales | <input type="checkbox"/> Usa Tabaco |

Informacion Adicional _____

Dentista Anterior _____ Telefono _____ Ciudad _____

Fecha _____ Razon de la Cita _____

Marque el que corresponda

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Su niño tiene problemas dentales | <input type="checkbox"/> Golpe de la bocan dientes o cabeza | <input type="checkbox"/> Toma Pecho |
| <input type="checkbox"/> Toma botella de bebe | <input type="checkbox"/> Toma en vaso con tapadera | <input type="checkbox"/> Usa vaso normal |
| <input type="checkbox"/> Esta contento con los dientes del niño | <input type="checkbox"/> Cepilla los dientes todos los dias | <input type="checkbox"/> Usa hilo dental |
| <input type="checkbox"/> Citas dentales desagradables | <input type="checkbox"/> Enjuage con fluoruro | <input type="checkbox"/> Crema con fluoruro |

Mi niño tine habito de: Chupo Muerde las uñas Chupa dedo Duerme con la botella

Comentarios _____

Para lo mejor de mi conocimiento las preguntas han sido contestadas de manera acertada y comprendo que al proveer informacion incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño. Es mi responsabilidad de informar a Remolina Dental de cualquier cambio de estado medico.

Yo autorizo a que se haga examen, radiografias para diagnostico y limpieza.

Firma _____ Nombre _____ Relacion _____

Revisado por Dr. : _____