



Informacion del Paciente	Poliza del Aseguranza Primaria
Nombre del Paciente: _____ Apellido                      Primero                      Segunda Inicial	Relacion con el subscritor: [ ] Solo [ ] Espos/a [ ] Nino/a
Apodo: _____ Grado: _____	Nombre del Subscritor: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Genero [ ] M [ ] F	Compania de Aseguranza: _____
<b><u>Con quien vive el paciente? Por favor circule:</u></b>	Numero de identificacion del subscritor: _____
Madre, Padre, Abuela, Abuelo, Tia, Tio, Guardianes Foster, Otro: _____	Fecha de nacimiento del subscritor: _____
<b>*Informacion para con quien vive con el paciente:</b>	Numero del grupo: _____
Nombre de Padre, Madre/ Guardian Legal: _____	Empleador: _____
Domicilio: _____	
Ciudad/Codigo postal: _____	
Telefono preferido: _____	
Correo electronico: _____	
Modo de contacto preferido: [ ] telefono/texto [ ] correo electronico	
Empleador: _____	<b><u>Poliza de Aseguranza Secundaria</u></b>
*Otro Padre, Madre / Guardian Legal:	Relacion con el subscritor: [ ] Solo [ ] Espos/a [ ] Nino/a
Nombre: _____	Nombre del Subscritor: _____
Telefono preferido: _____	Compania de Aseguranza: _____
Empleador: _____	Numero de identificacion del subscritor: _____
<b>Quien es responsable de esta cuenta?</b>	Fecha de nacimiento del subscritor: _____
_____	Numero del grupo: _____
<b>Como escuchaste de nosotros?</b>	Empleador: _____
_____	
<b>OFFICE USE ONLY:</b>	
Dental history: _____	
_____	
Next visit: right/ left      FM      recall      PO check: _____	
N20      Behavior Management      G.A. (time) _____	

## HISTORIAL MEDICO

Pediatra/ Medico Principal: _____ Numero de telefono: _____ Ciudad: _____ Especialista Medico: _____ Numero de telefono: _____ Ciudad: _____	Contacto de emergencia: _____ Numero de telefono: _____ Relacion: _____ <b>Su hijo/a ha tenido cirugias o ha sido hospitalizado/a por alguna razon? [ ]S [ ]N</b> <b>Si es asi, por favor explique:</b> _____ _____ _____
---	--

<b>Su hijo/a esta tomando algun medicamento?</b> [ ]S [ ]N Por favor enlistelos aqui: _____ _____ _____ <b>Su hijo/a esta tomando antibioticos para el dolor?</b> [ ]S [ ]N Si es asi, que medicamento? _____ <b>Su hijo/a necesita antibioticos o ser premedicado/a antes del tratamiento dental?</b> [ ]S [ ]N [ ] no se	<b>Su hijo/a es alergico a alguno de los siguientes?</b> Anestesico.....[ ]S [ ]N Aspirina.....[ ]S [ ]N Codeina.....[ ]S [ ]N Ibuprofen.....[ ]S [ ]N Yodo.....[ ]S [ ]N Latex.....[ ]S [ ]N Penicillin/Amoxicillin.....[ ]S [ ]N Sulfato.....[ ]S [ ]N Alergias a comida.....[ ]S [ ]N por favor enliste: _____ Otro: _____
--	--

Condiciones:	S	N		S	N
TDA/TDAH			Problemas de los ojos		
Anemia			Epilepsia/Incautaciones		
Asma			Fiebre de hero o alergias estacionales		
Autismo			Problemas de Audicion		
Enfermedad Autoimmune/Lupus			Murmuro del Corazon		
Problemas de Sangrado/Hemofilia			Problemas del Corazon/Enfermedad/Cirugia		
Terapia de Bisphophante			Hepatitis Tipo:_____		
Cancer/Leucemia/Radiacion			Presion alta		
Paralisis Cerebral			SIDA		
Labio o Paladar/Leporino			Reemplazo de Articulaciones		
Tubo gastrointestinal/GI			Enfermedades del Hgado		
Diabetes Tipo I o II			Penos de metal/tornillos o implantes		
Sindrome de Down			Neutropenia		
Transplante de Organos			Cuidados de Salud Especiales		
Cirugia Ortopedica			Retrazo del Habla		
Protesis			Espina Bifida		
Disabilidad Fisica			Ataque al Corazon		
Tratamiento Psiquiatrico			Ronca/Apnea del Sueno		

Fiebre Reumatica	S	N	Tuberculosis	S	N
Riesgo o Enfermedad de Anemia de Celulas Falciformes			Caterer Vascular/Shunts Vasculares		
Problemas de Sinusitis			Otro:		

### HISTORIAL DENTAL

Nombre del dentista anterior/dentista que lo/a refirio [ ] NINGUNA	Razon de la visita de hoy:_____
Ciudad:_____	Su hijo/a tiene dolor?_____
Numero de telefono:_____	Si es asi, donde y desde cuando?_____
Fecha de su ultimo examen/rayos-x:_____	
Fecha su ultima limpieza:_____	
<b>Experiencia dental pasada:</b> <b>NINGUNA [ ]</b>  Tratamiento con: (marque todos los que aplican) Anestesico local _____ Gas de la Risa (Oxido Nitroso) _____ Sedacion Oral _____ Restriccion Fisica _____ IV/Anestesia General _____  Comportamiento: [ ] cooperativo [ ] no cooperativo	Cuantas veces su hijo/a: se lava los dientes? _____ al dia usa hilo dental? _____ al dia  Usted ayuda a su hijo/a a cepillarse los dientes y a usar el hilo dental en casa? [ ]S [ ]N Su hijo/a usa los siguientes con fluoruro: Pasta de dientes [ ]S [ ]N Enjuague bucal [ ]S [ ]N El paciente ha recibido tratamiento con: ( marque talos los que aplican) Ortodoncista: _____ Cirujano Oral: _____ Endodoncista: _____

Habitos Orales:	S	N		S	N
Su hijo/a toma leche materna?			Su hijo/a rechina los dientes?		
Su hijo/a toma biberon?			Su hijo/a se chupa los labios?		
Su hijo/a usa vaso de entrenamiento?			Su hijo/a tiene el habito de morderse las unas?		
Su hijo/a se chupa el dedo?			Su hijo/a tiene el habito de empujar su lengua?		
Su hijo/a usa chupon?			Otro:		
<b>El paciente toma:</b>	S	N		S	N
Agua, <i>por favor circule:</i> embotellada o de la llave?			Leche, <i>por favor circule:</i> sin sabor o con sabor?		
Jugo de frutas?			Soda, bebidas deportivas?		
Edad en la que su hijo/a dejo de tomar leche materna?					
Edad en la que su hijo/a dejo de tomar biberon?					
Edad en la que su hijo/a dejo de usar vaso de entrenamiento?					

**Riverside Children's Dentistry**  
4960 Arlington Ave, Suite A  
Riverside, CA 92504  
951-977-9992

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Por favor lea la forma de consentimiento y pregunte sobre cualquier procedimiento que no entienda. Como guardian legal, yo consiento que se le realice a mi hijo/a el siguiente tratamiento:**

Tratamiento Preventivo:

  X   Examen      X   Rayos-x      X   Limpieza      X   Tratamiento de Fluoruro

**Iniciales** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Acuerdo Financiero**

\*Para mi conveniencia, esta oficina puede pasar mi informacion a mi compania de aseguranza, y recibir pago directamente de ellos.

\*Entiendo que si comienzo tratamiento mayor que requiera trabajo de laboratorio, yo sere responsable por dicha tarifa.

\*Si me mandan a coleccion, estoy de acuerdo en pagar todas las tarifas relacionadas con ello y con costos de corte.

\*Se haran todos los esfuerzos para ayudarme con mi aseguranza, pero si no pagan como se espera, yo sere responsable.

\*Los planes de tratamiento pueden cambiar y yo sere responsable por el trabajo que ya se haya terminado.

**\*Su cita esta sujeta a cancelacion si usted no confirma antes de que termine el ultimo dia de trabajo de la oficina, anterior a su cita.**

**\*Pagare una tarifa de \$25 por citas canceladas sin un aviso de 24 horas.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/ Madre o Guardian Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Conocimiento del Recibo del Aviso de Practicas Privadas**

He recibido una copia de Lil Smile Builders Children's Dentistry:

1. Aviso de polizas de pravacidad.
2. Copia de la hoja de datos de materiales dentales

**Imprimir Nombre:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si este conocimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

**Relacion con el paciente:** \_\_\_\_\_

I certify that I have reviewed these forms:

\_\_\_\_\_  
**Witness**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Dentist**

\_\_\_\_\_  
**Date**