



Ortiz Dental Care

Bienvenidos

Gracias por escoger nuestra oficina. Nosotros trataremos en todo lo posible de prestarle el mejor cuidado profesional y de calidad. Para ayudarnos a cubrir todas sus necesidades dentales, por favor complete este formulario complete.

Informacion del Paciente:

Fecha _____

Nombre: _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Sexo: M F

Direccion: _____
Calle Apartamento

Ciudad

State

Zip-Code

Nombre de la Mama: _____ Telf: () _____

Nombre del Papa: _____ Telf: () _____

Email: _____

Quien le acompaña al niño en la cita: _____

Informacion del Seguro del Paciente:

Nombre del seguro dental _____ ID # _____

Yo entiendo que mi seguro dental tiene que pagar 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.

Firma: _____

Fecha: _____



Historia Medica del nino(a):

Nombre del medico _____ Fecha de la ultima cita _____

Esta el menor bajo cuidado medico? _____
Esta tomando alguna medicina? _____
Ha estado Hospitalizado alguna vez? _____
Ha tenido alguna cirugia? _____
Tiene algun problema de salud? _____

Medicamentos: _____ Alergias: _____

Por favor marque si o no a todas las condiciones medicas:

<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Sida	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Varicela
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diabetis
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas del corazon
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cancer	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Autismo

Historia Dental:

Fecha de la ultima cita dental _____ Algun golpe a la cabeza, boca,dientes _____

Se queja el nino(a) de algun problema dental? _____ Usa hilo dental frecuente el nino(a) _____

Algun habito oral? Como chuparse el dedo _____ morderse las unas _____ Chupo tetero _____

He contestado todas las preguntas anteriores de la mejor y mas acertada manera possible. Yo entiendo que el proveer informacion incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo(a). Es mi responsabilidad el informar ala oficina dental de cualquier cambio en la salud de mi hijo(a)

Yo autorizo ala oficina dental para examiner y tomar radiografias necesarias para el dignostico.

Firma _____

Fecha _____

