

¡Gracias por tomar el tiempo de proporcionar a nosotros la información siguiente!
¡Centro DENTAL DE NIÑOS Y GENTE GRANDE, TAMBIÉN!

Fecha: _____

I. INFORMACION DEL PACIENTE

A. Nombre De niño/a _____ M _____ F _____

Apodo _____ S.S.# _____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa _____ Escuela _____ Grado _____

¿ A Quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

Nombres y edades de otros niños en la familia _____

El pariente más cercano que NO vive con el niño: Nombre _____

Dirección _____ Teléfono de casa _____

Relación al niño/a _____ Teléfono Del Trabajo _____

II. INFORMACIÓN DE PADRE/GUARDIAN

A. Nombre Del Padre _____ S.S.# _____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección si es diferente _____

Teléfono de casa _____ Tel. De Trabajo _____ Tel. Celular _____

Empleado por _____

Fecha que empezo _____ Ocupación _____

Compañía De Seguro Dental _____ Número De Grupo. _____

Dirección _____ Teléfono _____

B. Nombre De la madre _____ S.S.# _____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección si es diferente _____

Teléfono de casa _____ Tel. De Trabajo _____ Tel. Celular _____

Empleada por _____

Fecha que empezo _____ Ocupación _____

Compañía De Seguro Dental _____ Número De Grupo _____

Dirección _____ Teléfono _____

C. Nombre Legal De Guardian _____ M _____ F _____ Relación _____

Dirección _____

Ocupación _____ S.S.# _____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento _____

Tel. De Trabajo _____ Tel. de casa _____ Tel. Celular _____

D. Persona o agencia responsable de la cuenta, con excepción del padre: Nombre _____

Dirección _____ S.S.# _____ - ____ - ____

Teléfono _____ Relación al niño/a _____

-ATRAS-

G. Su niño/a ha tomado cualquier grupo de drogas referidas como "fen-phen?"

Incluye la combinación de Ioniminm Adipex, Fastin (marcas de phenetermine), Pondimin (fenfluramine) y Redux (dexefenfluramine). SÍ NO

H. Describa por favor cualquier problema dental o preocupación que usted tenga de su niño/a _____

I. Apunte por favor los nombres y números de teléfono de miembros de la familia o otra gente autorizada por usted para aceptar cuidado dental, hacer citas, o decisiones respecto a su niño/a.

Nombre _____ Relación al niño _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación al niño _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación al niño _____ Teléfono _____

IV. CONSENTIMIENTO

Autorizo a personal de *Children's Dental Center and Big People, Too!* para tomar radiografías, estudie los modelos, las fotografías, u otras ayudas de diagnóstico juzgadas apropiadas hacer una diagnosis cuidadosa de las necesidades dentales del paciente. También autorizo a personal a realizar el tratamiento todo mutuamente convenido en y a utilizar esos métodos juzgados apropiados en terminar ese tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable del pago para los servicios dentales que esos servicios se rinden en ese entonces, a menos que otros arreglos se hayan tomado por adelantado.

Autorizo a dentista a revelar cualquier información incluyendo la diagnosis y los expedientes de cualquier tratamiento o examinación rendida a mi niño/a durante el período de tal cuidado dental a los pagadores de los terceros y/o a otros médicos de la salud. Comprendo y estoy conciente que cualquier tratamiento que mí aseguranza NO CUBRA O PAGUE YO SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE PAGAR POR ESOS SERVICIOS.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Firma: _____ Relación al paciente _____

GRACIAS! Sabemos que es una forma larga. ¡Esta información es necesaria para poder dar el MEJOR CUIDADO DENTAL a su niño/a!