



¡ Bienvenido! Estamos encantados de tenerte aquí!

Fecha: _____

1. Cuéntenos de su niño/a

Nombre de niño/a _____
 Apodo: _____ **hombre / mujer**
 Hermanos que tratamos: _____
 Fecha de nacimiento de niño/a: ____ / ____ / ____
 Edad ____ Grado ____
 Escuela: _____
 Hogar # (____) _____ - _____
 # SS: _____
 Dirección de casa del niño: _____

 Ciudad Estado Código postal
 Email: _____

2. Información de la madre

Nombre _____
 Madre Madrastra Tutora
 Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
 Nombre de Empleador: _____
 # De Trabajo (____) _____ - _____ Ext. _____
 # De Hogar (____) _____ - _____
 Teléfono celular # (____) _____ - _____
 # SS: _____ DL# _____
 Email: _____
Persona Responsable de la Cuenta: SI NO

3. Información del padre

Nombre _____
 Padre Padrastra Tutor
 Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
 Empleador _____
 # De Trabajo (____) _____ - _____ Ext. _____
 # De Hogar (____) _____ - _____
 # De Teléfono celular (____) _____ - _____
 # SS: _____ DL# _____
 Email: _____
Persona Responsable de la Cuenta: SI NO

4. ¿Que acompaña el niño hoy?

Nombre _____
 Relación: _____
 ¿Tiene custodia legal del niño? **SI NO**

Nota: El padre o tutor que acompaña al niño es responsable del pago en el momento del servicio.

5. Remisión

¿A quién podemos agradeceremos por refiriér a nuestra Oficina? _____
 ¿Si nos encontro en Internet, donde nos encontro? (motor de búsqueda, directorio)

6. Seguro Dental primario

Nombre: _____
 Relación: _____
 ¿Tiene custodia legal del niño? **SI NO**
 Nombre Co de seguro.: _____
 Dirección de Co de seguros.: _____

 # De Co. de seguros (____) _____ - _____ # _____
 Grupo # (Plan) _____
 Nombre de asegurado _____
 Relación con el paciente: _____
 Fecha de nacimiento de asegurado ____ / ____ / ____
 # SS: _____ - _____ - _____
 Empleador de asegurado: _____

7. Permiso

Yo certifico que mi hijo está cubierto por una CO. De Seguro dental, y asigno todos los beneficios del seguro que de lo contrario tendría que pagar a mí se pague a Cornerstone Kids Dental. Entiendo que el seguro puede pagar menos de la cuenta actual o estimación para servicios. Entiendo que es mi responsabilidad saber si Cornerstone Kids Dental está en contrato, o dentro de la red reconocido por mi compañía de seguro. También entiendo que soy responsable por el pago de servicio presentado, cualquier deducible, co-seguro, cantidad de fuera de la red, límite normal y habitual, y cualquier otro tipo de limitación de beneficio por servicios que mi hijo o dependiente recibe, y que mi seguro no cubre. **Por lo presente autorizo a Cornerstone Kids Dental de difundir la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones y el uso de esta forma en todos los documentos presentados al seguro, manualmente así como electrónicamente.**

_____ Iniciales

Si necesita cancelar o reprogramar cualquier cita la oficina necesita in aciso de **24 horas o un cargo de \$10 dolares** será aplicado a su cuenta.*

_____ Iniciales

8. Historia dental

¿Este es su hijo primera visita al dentista?

Si no, cuánto tiempo desde la última visita al dentista?

Nombre _____ del dentista anterior.

¿Fueron las radiografías tomadas en anteriores visitas dentales? _____

¿Ha habido las lesiones a los dientes, la cara o la boca?

En caso afirmativo, sírvase explicar

¿Por qué aportó al niño al dentista hoy?

¿El niño tiene cualquiera de los siguientes hábitos?

S **N** Chupa/ Muerde los labios

S **N** Muerde las uñas

S **N** Duerme con biberón

S **N** Chupa el dedo

El niño nunca ha tenido un problema grave o difícil relacionado con trabajos dentales anteriores? **SI NO**
En caso afirmativo, sírvase explicar

Agua del niño florada? **SI NO**

Es el niño tomando suplementos de fluoruro? **SI NO**

¿Tiene el niño nunca tuvo ningún dolor o sensibilidad en su articulación de mandíbula? ¿(ATM/TMD)? **SI NO**

Se cepillar el niño/a sus dientes diariamente? **SI NO**

Usa el hilo dental diariamente? **SI NO**

¿Cómo crees que tu hijo tolerará tratamiento dental?

Buena

Regular

Pobre

9. Historia de Salud Dental

¿El niño jamás ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

S **N** Operaciones / Cirugías

S **N** Sangrado anormal

S **N** Alergias a cualquiera

Drogas

S **N** Cualquier Hospitalización

S **N** Asma

S **N** Cancer

S **N** Defectos de nacimiento

S **N** Convulsiones /

Fiebre de epilepsia

S **N** Embarazo

S **N** Tuberculosis

S **N** ADD/ADHD

S **N** Autismo

S **N** Discapacidad/ Necesidad especial

S **N** Sordera

S **N** Enfermedades del corazón y soplo

S **N** Trastornos de

Hemofilia/sangre

S **N** Hepatitis

S **N** VIH + / SIDA

S **N** Condiciones de

hígado y riñón

S **N** Reumática/

escarlata

S **N** Alergias al

Látex o Productos

S **N** Diabetes

Por favor, discutir las condiciones médicas graves el niño ha tenido o tiene:

Enumere todos los medicamentos que el niño está tomando actualmente _____

Enumere todas las **ALERGIAS**: _____

Esta el niño/a bajo el cuidado de un médico? **SI NO**

Médico del niño: _____

De Teléfono (____) _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Zip

Describe la salud física actual del niño/a...

Buena

Regular

Pobre

Nuestra Oficina está comprometida a reunión o supera los estándares de control de la infección por OSHA el CDC y la ADA.

**** Los padres son bienvenidos para acompañar a sus hijos durante la citas de limpieza! Sin embargo, le pedimos que permanezcan en la sala de espera durante las citas de tratamiento/sedación por razones de seguridad. ****

10. Autorizar

*Entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se celebrará en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta Oficina de cambios en el estado médico de mi hijo. **Autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales necesarios que mi niño puede necesitar.***

Firma de Padre o Tutor

Fecha

Relación al paciente

Para uso de Oficina Solamente

I verbally reviewed the medical / dental information above with the parent / guardian and patient named herein.

Doctor's Comments: _____

Initials

Date