



Formulario de Registro de Pacientes

Nombre Paciente: _____ Nacimiento: ____/____/____ Niña / Niño

Nombre de la Madre: _____ Fecha Nacimiento: _____ SS#: _____

Empleador: _____ (Madre) correo electrónico: _____

(Madre) Telefono Celular: _____ Otro Telefono: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre Del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

(Padre) Empleador: _____ Telefono Celular: _____

SEGURO DENTAL

Empresa de Seguro Primario: _____

Nombre del suscriptor: _____ Empleador: _____

Suscriptor # or SS#: _____

Número teléfono de Empresa: _____

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nos cuenta a su compañía de seguros como una cortesía a usted, pero tenga en cuenta que el pago es debido al tiempo de servicio. Aunque estimamos que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros que hace la determinación final de sus beneficios. Usted debe aceptar pagar ninguna porción de los gastos no cubiertos por el seguro.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguro dental directamente pagados a Harbor Kids Dental. También autorizo la divulgación de cualquier información dental necesario para procesar las reclamaciones dentales. En el Discreption de la oficina, podemos utilizar los servicios de uno o más servicios de información crediticia. Acuso recibo de la notificación de prácticas de privacidad.

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

HISTORIA DENTAL
(Español)



Paciente _____ NACIMIENTO: ____/____/____

MASCULINO
 FEMENINO

Como se entero de nosotros? _____

TIENE SU HIJO/A UN HISTORIA DE LO SIGUIENTE:

TOMA CON TETERA/PECHO SE CHUPA EL DEDO CHUPON RECHINA LOS DIENTES

HISTORIA MEDICO

Nombre del pediatra de su hijo/a _____ Telefono: _____

Actualmente se encuentra su hijo/a tomando algun tipo de medicamento? SI NO
Si Contesto SI, Que medicamento? _____

Es alergico a algun tipo de medicamento o sustancia? SI NO

Aspirina Penicilina Comida el Latex Metales/Acrylicos Otro: _____

FAVOR DE CONTESTAR TODO LO SIGUIENTE

SIDA / HIV	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Uso de Drogas o Alcohol	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alergias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Desmayo/ Mareos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Protesis/Clavos Coyuntura/	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Asma/Problemas Respiratorios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hepatitis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Hgado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Autismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Soplo de Corazon	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Uso de Tabaco	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Artritis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Rinon	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Embarazo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADHD (Desorden deficit hiperactivo)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Leucemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ulcera	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Defectos de Nacimiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Anemia de Celula de Hoz	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sangramiento/ Problemas de Coagulacion	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Problemas de Oido/Habla	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Adenoideo Cronico/ Problemas Anginales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Desabilidades /Necesidades Especiales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Convulsiones/ Ataques	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				Cancer	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si contesto "Si" a alguna pregunta favor de explicar: _____

Firma de Guardian: _____ Fecha: _____	Firma de Dentista: _____ Fecha: _____
Firma de Guardian: _____ Fecha: _____ (1)	Firma de Dentista: _____ Fecha: _____
Firma de Guardian: _____ Fecha: _____ (2)	Firma de Dentista: _____ Fecha: _____