

Denistry for children

Información del Paciente

Nombre _____ M F

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____

Algún otro número telefónico _____

Nombre de algún familiar paciente de esta oficina _____

Información del Padre o Tutor

Nombre _____ Seguro Social _____

Aseguranza _____

O

Plan de AHCCCS o Kids Care _____

Alguna otra cobertura dental _____

Quién lo refirió a esta oficina _____

Razón de su cita? Emergencia _____ Caries _____ Revisión _____

Tiene su hijo (a) problemas de salud? Si _____ No _____

Por favor explique _____

Es su hijo (a) alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____

Por favor explique _____

Está su hijo (a) tomando algún medicamento? Si _____ No _____

Por favor indique _____

Le ha mencionado su médico si su hijo (a) necesita antibióticos antes de recibir tratamiento dental?

Hay algo referente a la historia de salud de su hijo (a) que debemos saber?

Tiene su hijo (a) algún problema de comportamiento o aprendizaje? _____

Padece su hijo (a) algo de lo siguiente?

_____ Soplo al corazón

_____ Problema de corazón

_____ Diabetes

_____ Alergia

_____ Problema de riñón o hígado

_____ Fiebre Reumática

_____ Problemas de sangrado

_____ Problema de lenguaje

_____ Hiperactividad

_____ Asma

_____ Epilepsia

_____ Alergia a Medicamentos

_____ Alergia a Latex

Firma del Padre o tutor: _____ Fecha _____

Firma del Padre o tutor: _____ Fecha _____

Deñistry for children

Información de los Padres o Tutores

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Numero de teléfono _____ Numero de celular _____

Ocupación _____

Dirección de su trabajo _____ Numero telefónico de su trabajo _____

Numero de seguro social _____

Nombre de padre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Numero de teléfono _____ Numero de celular _____

Ocupación _____

Dirección de su trabajo _____ Numero telefónico de su trabajo _____

Numero de seguro social _____

Aseguranza _____

Nombre del padre al cual le pertenece la aseguranza _____

Persona al la cual se le pueda contactar en caso de emergencia:

Nombre _____

Numero de teléfono _____

Dirección _____

Relación al paciente _____