



Fecha (mm/dd/yyyy) _____

Información Del Paciente

Nombre del paciente	☐ M ☐ F	Nombre preferido	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección:	Ciudad	Estado	Código Postal	

Nombre del Padre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		
Dirección	☐ Marque si es la misma que la del niño	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador	Correo electrónico			
Teléfono del casa	Teléfono del trabajo	Celular		
Nombre de la madre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		
Dirección	☐ Marque si es la misma que la del niño	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador	Correo electrónico			
Teléfono del casa	Teléfono del trabajo	Celular		

Información del Seguro

Seguro dental primario está a nombre de:	Nombre de la compañía de seguros dentales		
☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro			
Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código Postal
* Empleador	* Empleado	* Fecha de nacimiento	
* Número de póliza	* Número de grupo		
Persona responsable de la cuenta			
¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?			

Seguro dental secundario está a nombre de:	Nombre de la compañía de seguros dentales		
☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro			
Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código Postal
* Empleador	* Empleado	* Fecha de nacimiento	
* Número de póliza	* Número de grupo		
Persona responsable de la cuenta			

Yo, como padre o tutor del paciente, autorizo y solicito la realización de servicios dentales para este paciente. Certifico que he leído y comprendido toda la información requerida en este formulario. Reconozco que mis preguntas, si las hubo, han sido respondidas satisfactoriamente. Al proporcionar la información de contacto anterior, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas del Snug Dental Center sobre citas y tratamientos. Estas comunicaciones pueden incluir mensajes de voz, mensajes de texto y/o correo electrónico. Usted puede solicitar dejar de recibirlas en cualquier momento comunicándose con nuestra oficina.

Firma del padre/madre o tutor

Relación

Fecha



*** Esta información es la que el gobierno nos exige obtener de usted para presentar el seguro. ***

¿Ha tenido usted (el padre/tutor) o el paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas? ☐ Sí ☐ No
☐ Tuberculosis activa ☐ Tos persistente de más de 3 semanas ☐ Tos con sangre

Si respondió Sí a cualquiera de los puntos anteriores, por favor detenga y devuelva este formulario a la recepcionista.

¿El niño ha tenido antecedentes o condiciones relacionadas con alguna de las siguientes? (☐ Marque las que correspondan)

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| ☐ TDA/TDAH | ☐ Autismo | ☐ Problemas de crecimiento | ☐ Ictericia | ☐ Necesita premedicación SBE |
| ☐ Alergia al látex | ☐ Trastorno hemorrágico | ☐ Lesiones en la cabeza | ☐ Riñones | ☐ Anemia falciforme |
| ☐ Alergia a la penicilina | ☐ Cáncer | ☐ Problemas cardíacos | ☐ Hígado | ☐ Problemas sinusales |
| ☐ Alergia a sulfamidas | ☐ Parálisis cerebral | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Trastorno mental | ☐ Problemas estomacales |
| ☐ Otras alergias | ☐ Labio/paladar hendido | ☐ Hepatitis | ☐ Trastorno nervioso | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Anemia | ☐ Diabetes | ☐ Presión arterial alta | ☐ Embarazo | ☐ Tumores |
| ☐ Prótesis articulares | ☐ Síndrome de Down | ☐ VIH+ / SIDA | ☐ Problemas respiratorios | ☐ Úlceras |
| ☐ Asma | ☐ Epilepsia /Convulsiones | ☐ Hidrocefalia | ☐ Fiebre reumática | ☐ Otra condición |

Por favor indique el nombre y número de teléfono del médico del niño:

Nombre del médico del niño: _____ Nombre de la clínica: _____ Teléfono : _____

Historia del Niño

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • ¿El niño está tomando algún medicamento actualmente? (si es sí, escriba a continuación) | ☐ | ☐ |
| • ¿El niño es alérgico a alimentos o medicamentos? | ☐ | ☐ |
| • ¿Ha tenido el niño alguna enfermedad grave u hospitalización?(si es sí, escriba a continuación) | ☐ | ☐ |
| • ¿El niño ha tenido alguna cirugía en el pasado?(si es sí, escriba a continuación) | ☐ | ☐ |
| • ¿Tiene el niño algún problema de aprendizaje y/o del habla? ... | ☐ | ☐ |
| • ¿Ha tenido el niño alguna lesión en la cabeza, boca o dientes? | ☐ | ☐ |
| • ¿Siente el niño actualmente dolor o molestias dentales? ... | ☐ | ☐ |
| • ¿Chupa el niño un dedo, pulgar o chupón? | ☐ | ☐ |
| • ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el niño? _____ ¿Quién realiza la mayoría del cepillado? _____ | | |
| • ¿Usa el niño pasta dental con flúor? | ☐ | ☐ |
| • ¿Fecha de la última visita dental? / / | | |
| • ¿Qué servicios se realizaron? | | |
| ☐ Examen ☐ Rellenos ☐ Limpieza y flúor ☐ Extracciones ☐ No cooperó con el tratamiento | | |
| • ¿Qué toma principalmente el niño? | | |
| ☐ Agua de la ciudad ☐ Agua de pozo ☐ Agua filtrada / embotellada ☐ Jugo ☐ Leche ☐ Refrescos | | |
| • Detalle hospitalizaciones o cirugías previas: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| • Lista de medicamentos: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Declaro que, según mi conocimiento, he respondido con precisión todas las preguntas en este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental sobre cualquier cambio en el estado médico.

Firma del padre/madre o tutor legal: : _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____