

Victor Valley
Kids Dental

Fecha de hoy: _____

Bienvenido

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PRIMER NIÑO

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal _____
 Mejor Teléfono de Contacto: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - SEGUNDO HIJO

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - TERCER HIJO

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - CUARTO DE NIÑOS

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

Persona con niño (s) de hoy: _____
 ¿Tiene custodia legal: Sí No

Relación: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Madre Madrastra Guardián
 Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección (si es diferente): _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Email: _____
 DL#: _____ Estado: _____
 Profesión: _____
 Empleador: _____
 Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo
 Método de contacto preferido: Celular Email

INFORMACIÓN DEL PADRE

Padre Padrastro Guardián
 Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección (si es diferente): _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Email: _____
 DL#: _____ Estado: _____
 Profesión: _____
 Empleador: _____
 Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo
 Método de contacto preferido: Celular Email

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario
 Nombre del titular de Política: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la Política: _____
 Relación con el paciente: _____
 Aseguradora dental: _____
 Empleador: _____
 Asegurado SSN o ID: _____
 ¿Tiene seguro secundario? **SI or NO**

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Responsable de Cuenta
 Nombre: _____
 Relación con el paciente: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Empleador: _____
 SSN: _____ DL#: _____
 Teléfono de su casa: _____
 Teléfono del trabajo: _____

Por favor, tengo un correo electrónico/recordatorios de mensajes de texto sobre la cita de mi hijo

HISTORIAL DENTAL

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____

Fecha de Ultimo Examen: _____ Fecha de Ultima Radigrafias: _____

Nombre de Dentista Anterior: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Que tan frecuente se lava los dientes diario? _____ Que tan frecuente los dientes con hilo dental? _____

Marque cualesquiera de las siguientes condiciones que aplican al paciente:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sangrado de las encias | <input type="checkbox"/> Clic o chasquidos en la mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Acumulacion de placa en los dientes | <input type="checkbox"/> Aprieta los dientes | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensible al frio | <input type="checkbox"/> Sensible al calor |
| <input type="checkbox"/> Sensible al dulce | <input type="checkbox"/> chuparse el dedo | <input type="checkbox"/> Llagas o bultos en la boca |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | | |

Otra condicion explique _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del medico: _____ Numero de tel _____

Fecha de ultima consulta con el medico: _____

Tiene alguna condicion medica el paciente? Si/No Explique: _____

Esta el niño toma alguno de los siguientes medicamentos? Los analgésicos Ritalin Anticoagulantes

Tranquilizantes Insulina Relajantes Musculares Otro: _____

¿El niño a tomado fen Phen? Si No

Indique alergias:

- Penicilina Amoxicilina Tetracilina Anestesia dental Aspirina
 Látex Otra: _____

¿El niño ha sido diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes?:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sida/VIH Positiva | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos persistente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de nervios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor en la quijada |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Valvulas cardiacas artificiales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Emsolio cerebral |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Atencion psiquiatrica | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiroide problemas |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lesionas cardiacas congenitas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Reparacion de hernia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento con cortisona | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta / baja | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Erubcion de piel | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cardiopatia congénita | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escarlatina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Huesos / articulaciones artificiales |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | | |

Cirugias: _____

Otro: _____

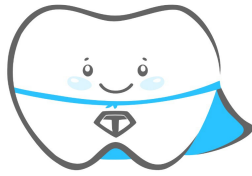
Afirmo el la información que he dado en este formulario es correcta a mi leal saber y es mi reponsibility informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica del niño. Autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Victor Valley Kids Dental y entiendo que soy responsable por el pago de co-pagos, deducibles, los saldos no cubiertos por mi seguro. También autorizo a Victor Valley Kids Dental para liberar toda la información necesaria para procesar los reclamos de los niños. Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio.

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

Dr. Firma

Fecha



Victor Valley
Kids Dental

14285 7th Street, Victorville, CA 92395
Email: vykidsdental@gmail.com
Office: 760-388-5080 Fax: 760-388-5081

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL ACCOMPANIO DEL NIÑO A LA OFICINA
DENTAL DE TRATAMIENTO**

YO, _____ EL PADRE/MADRE LEGAL O TUTOR
DE, _____ DOY PERMISO A _____ :

- ABUELO/ABUELA
- TÍA /TÍO
- HERMANO/HERMANA
- AMIGO
- CUSTODIA NOMBRADA POR LA CORTE
- OTRO: _____

EL PERMISO DE ACOMPAÑAR A MI HIJO/HIJA A SU NOMBRAMIENTO DENTAL CON VICTOR VALLEY KIDS DENTAL.

SE ENTIENDE QUE EL ADULTO MENCIONADO ANTERIOR ACTÚA EN MI NOMBRE Y ES PERMITIDO HACER DECISIONES CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE MI HIJO EN EL CASO DE QUE NO PUEDO SER ALCANZADO.

SE ENTIENDE QUE SIGO FINANCIAMENTE RESPONSABLE DE LA CUENTA DE MI HIJO.

FIRMA DE LOS PADRES: _____ FECHA _____

TENGA EN CUENTA:

ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN EL ARCHIVO Y PERMANECERÁ ACTIVO HASTA QUE EL NIÑO SEA MAYOR PACIENTE CON NUESTRA OFICINA O QUE EL PADRE O TUTOR LEGAL ENVÍE UNA INSTRUCCIÓN ESCRITA PARA RETIRAR A LA PERSONA / PERSONAS ANTERIORMENTE NOMBRADA DE LA RESPONSABILIDAD DE ACOMPAÑAR A UN NIÑO.
