

Nombre Del Paciente: _____ F ___ M Fecha De Nacimiento: _____
Apellido Primer MI

Teléfono(Casa): _____ (Trabajo) _____ (Cellular) _____

Dirección: _____
Numero de la casa Calle Apt # Ciudad Estado Codigo Posta

Nombre del Padre ó Guardian: _____ Correo Electronico(en letra de molde) _____

Favor especifica : ___ Padre/s Biologico ___ Padre/s Legal ___ Padre/s Adoptivo

Los dos padres tienen la custodia? ___ Yes ___ No si la respuesta es no quien es el padre con la custodia? _____

Si a un padre que no tiene la custodia se le niegan los derechos de tomar decisiones relacionadas con la salud con respecto al paciente, debe mostrar a Smile Central Dental una copia de dicho documento.

Información del Salud

El paciente ha tenido alguna de las siguiente enfermedades? Por favor de marcar las que le aplican.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos |
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Accidentes en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Allergias _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Precion Alta | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Sinositis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad en los riñones | <input type="checkbox"/> Problemas Estomachales |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad en el hígado | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Mareos | | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venereas |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | | <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeina |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | | <input type="checkbox"/> Alergia a la Amoxicilina |

Enfermedades que requieren aclaracion medica:

- Cirugia en los huesos/Implantes
- Enfermedad de Sangre
- Cancer
- Sangrando Excesivo
- Crecimientos/Tumores
- Soplo de Corazon
- Enfermedad del Corazon
- Marcapasos
- Embarazo (Estimado tiempo de parto _____)
- Radiacion/Quimo Therapia
- Anemia Falciforme
- Problemas de Tiroides
- Tuberculosis

OTRO: _____

Está el paciente bajo el cuidado de un Especialista? ___ Si ___ No Si está, Explique: _____

Nombre del Pediatra: _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Tiene el paciente problemas de salud que necesitan ser aclarado? ___ Si ___ No Si está, Explique: _____

He respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informare a mi dentista si hay algun cambio en la salud y/o en los medicamentos del paciente arriba nombrado.

Firma: Padre/Guardian X _____ DDS/DMD _____ Fecha: _____

Información del Seguro

- Privado/No Seguro Dental
- Medicaid/NJ Family Care - HMO: ___ United Healthcare(Americhoice) ___ Amerigroup ___ DentaQuest ___ Horizon/Mercy
- Seguro Privado o de Trabajo - Si tienes seguro privado o de trabajo, preguntarle a la recepcionista por el formato de seguro privado.
- En el caso que el seguro de mi hijo no cubra los servicios prestados, soy consiente de que soy responsable por el balance adeudado.

Numero de seguro social del Padre/Guardian: _____ Firma del Padre/Guardian: _____

Consentimiento para Servicios

Yo doy consentimiento a Smile Central Dental y sus dentistas para proveer todos los servicios odontologicos necesarios al paciente arriba nombrado. Acuerdo hacerme responsable del pago de todos los servicios odontologicos provistos por Smile Central Dental, P.C. a mi dependiente arriba nombrado. Smile Central Dental P.C. podra someter reclamaciones de pago por los servicios prestados, a mi dependiente arriba nombrado, a su compania de seguro dental. En caso de que la compania de seguro dental no pague el monto reclamado dentro de un periodo de noventa dias, acuerdo pagar inmediatamente el saldo total adeudado.

Firma del Padre/Guardian: X _____ Fecha: _____ Relación al paciente _____

Si usted es un paciente de vuelta y no ha habido cambios en la salud, por favor firme y fecha a continuación confirmando esto.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____ Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____