



Fecha de hoy: _____

Nombre del Niño: _____ M/F Apodo: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Parte Responsable #1

Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Viudo

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

N.º Casa: (____) _____ N.º Trabajo: (____) _____ Ext. _____ N.º Celular #: (____) _____

N.º Seguro Social: _____ Ocupación: _____

Dirección de correo electrónico _____

Parte Responsable #2

Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Viudo

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

N.º Casa: (____) _____ N.º Trabajo: (____) _____ Ext. _____ N.º Celular #: (____) _____

N.º Seguro Social: _____ Ocupación: _____

Dirección de correo electrónico _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

N.º Casa: (____) _____ N.º Trabajo: (____) _____ Ext. _____ N.º Celular #: (____) _____

Seguro Dental Principal

Sin Seguro Dental

Nombre del Asegurado: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____/____/____ N.º Seguro Social: _____

Empleador del Asegurado: _____

Nombre de Compañía de Seguros: _____ N.º de Grupo (Plan, Local o N.º Póliza): _____

Teléfono de Compañía de Seguros: (____) _____ Domicilio de la Compañía de Seguros: _____

Seguro Dental Secundario

Nombre del Asegurado: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____/____/____ N.º Seguro Social: _____

Empleador del Asegurado: _____

Nombre de Compañía de Seguros: _____ N.º de Grupo (Plan, Local o N.º Póliza): _____

Teléfono de Compañía de Seguros: (____) _____ Domicilio de la Compañía de Seguros: _____

Antecedentes Médicos Pediátricos

Nombre del Niño: _____

M / F Fecha de nacimiento ____/____/____

Raza/Etnia: _____ Altura: _____ Peso: _____

Fecha del último examen físico: ____/____/____

Nombre/Domicilio/Teléfono de Médico Primario: _____

Nombre/Domicilio/Teléfono de Especialistas Médicos: _____

¿Está siendo tratado por algún médico su hijo en este momento? Razón: _____

¿Su hijo está al día con las vacunas contra las enfermedades de la infancia? _____

¿Ha estado su hijo alguna vez hospitalizado, tuvo una cirugía o una lesión significativa o ha sido tratado en una sala de emergencias?

Sí No Si la respuesta es sí, indique la fecha y describa _____

Nacimiento / Desarrollo			Sangre			Digestivo		
Complicaciones	Sí	No	Hemofilia u otro trastorno de sangre	Sí	No	Sobrepeso o por debajo del peso apropiado	Sí	No
Condición de prematuro	Sí	No	Anemia	Sí	No	Hepatitis o problemas hepáticos	Sí	No
Defectos de nacimiento	Sí	No	Rasgo/Enfermedad Anemia falciforme	Sí	No	GERD o reflujo de ácido	Sí	No
Síndromes	Sí	No	Transfusión de sangre	Sí	No	Úlceras de estómago	Sí	No
Afecciones heredadas	Sí	No	Sangrados frecuentes	Sí	No	Alergias a alimentos, restricciones dietarias o sensibilidad al gluten	Sí	No
Problemas de desarrollo	Sí	No						
Neurológicos / Fisiológicos			Cabeza y Cuello / Sueño			Antecedentes cancerígenos		
Visión, audición o habla defectuosa	Sí	No	Sinusitis	Sí	No	Leucemia	Sí	No
Demora del desarrollo o discapacidad intelectual	Sí	No	Infecciones de amígdalas y adenoides	Sí	No	Tumor	Sí	No
Parálisis cerebral o lesión cerebral	Sí	No	Ronquidos	Sí	No	Otras malignidades	Sí	No
Epilepsia o convulsiones	Sí	No	Apnea del sueño	Sí	No	Cirugía	Sí	No
Estimulador del nervio vago	Sí	No	Realicé un estudio del sueño	Sí	No	Radiación	Sí	No
Cefaleas o desmayos frecuentes	Sí	No				Quimioterapia	Sí	No
Hidrocefalia o creación de una fistula (VP, VA, VV)	Sí	No	Respiratorio			Trasplante de órganos	Sí	No
ADD/ADHD	Sí	No	Asma	Sí	No	Problemas de riñón o vesícula	Sí	No
Problemas psiquiátricos o de comportamiento	Sí	No	Toses o resfrío frecuentes	Sí	No	Eccema u otros problemas de piel	Sí	No
Depresión o ansiedad	Sí	No	Bronquitis o neumonía	Sí	No	Enfermedad infecciosa		
			Tuberculosis (TB)	Sí	No	VIH / SIDA	Sí	No
			Fibrosis quística	Sí	No	Otros	Sí	No
Corazón			Musculoesquelético			Antecedentes familiares:		
Defecto congénito del corazón	Sí	No	Articulación artificial	Sí	No	Hipertermia maligna	Sí	No
Soplo cardíaco	Sí	No	Artritis	Sí	No			
Cardiopatía reumática	Sí	No	Uso de brazos y piernas restringido	Sí	No	Solo Para Mujeres:		
Latido cardíaco irregular	Sí	No	Escoliosis / lordosis / cifosis	Sí	No	Ay probabilidad de que pueda estar embarazada?	Sí	No
Hipertensión arterial	Sí	No						
Cirugía de corazón	Sí	No	Endocrino					
			Diabetes	Sí	No			
			Problemas pituitarios o de tiroides	Sí	No			
			Pubertad precoz u otros problemas hormonales	Sí	No			

¿Alergias a algún medicamento? Sí No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación: _____

¿Alergia o reacción a alguno de lo siguiente? Látex Níquel/Metal Analgésico Dental Sedantes Soja Yema de huevo Nada

¿Toma medicamentos su hijo? Sí No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación: _____

Notas del Dentista: _____

NUESTRA OFICINA CUMPLE CON HIPAA Y ESTÁ COMPROMETIDA A CUMPLIR O SUPERAR LAS NORMAS DE CONTROL DE INFECCIÓN INDICADAS POR OSHA, EL CDC, Y ADA

- Solicito y autorizo el tratamiento y los procedimientos dentales para mi hijo menor, incluso la realización de radiografías dentales y el uso de analgésicos locales y/o óxido nitroso, si fuera necesario.
- Comprendo que Surfside Kids Dental será mi aseguradora dental como cortesía, pero yo soy el responsable de todos los gastos si la aseguradora no pagara por algún motivo.
- Comprendo que mi parte vence al momento de prestar el tratamiento. Por la presente autorizo el pago de beneficios dentales a Surfside Kids Dental.
- Acepto haber recibido los siguientes documentos: Ficha técnica de Materiales Dentales y Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

Firme con sus Iniciales

Firme con sus Iniciales

Firme con sus Iniciales

Firme con sus Iniciales

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Relación con paciente: _____ ¿Puede ofrecer consentimiento legal para el tratamiento? Sí No

Firma del Dentista: _____ Fecha: ____/____/____