

## Lubbock KIDS Dental

1504 Buddy Holly Ave, Lubbock, TX 79401 (806)749-KIDS



### Información del paciente

Nombre del niño \_\_\_\_\_ M  F   
 Edad del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela/ guardería \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Plan de seguro dental SI  NO  Nombre de compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 CHIP / Medicaid SI  NO   
 Por favor proporcione su tarjeta de seguro dental a la recepcionista y traiga su tarjeta de seguro cada vez que usted venga a una cita.

### Historia médico y dental

El médico del niño / pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 ¿Es el niño actualmente bajo cuidado médico? SI  NO  En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma medicinas? SI  NO  En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

¿Cualquier alergia o reacciones conocidas (medicinas, alimentos, etc.)? SI  NO

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes problemas médicos?

Enfermedad del corazón	SÍ	NO	Problemas de riñon	SÍ	NO	Tuberculosis	SÍ	NO
soplo en el corazón	SÍ	NO	VIH / SIDA	SÍ	NO	Problemas de los huesos	SÍ	NO
Defecto cardiaco congénito	SÍ	NO	Epilepsia / Ataques / desmayos	SÍ	NO	Asma	SÍ	NO
Fiebre reumática	SÍ	NO	Diabetes	SÍ	NO	Pérdida de la audición	SÍ	NO
Desorden sangrante	SÍ	NO	Hepatitis	SÍ	NO	Pérdida de la visión	SÍ	NO
Problemas del hígado	SÍ	NO	Cáncer / Leucemia	SÍ	NO	Cirugía	SÍ	NO
Síndrome de Down	SÍ	NO	Parálisis cerebral	SÍ	NO	Defectos de nacimiento	SÍ	NO

Explicar otros problemas de salud relevantes: \_\_\_\_\_

¿Primera visita al dentista? SI  NO  Si no, ¿quién / dónde estaba el dentista anterior? \_\_\_\_\_

¿Anteriores de tratamiento dental (empastes, coronas, extracciones?) SI  NO

¿Anterior sedación o anestesia general para el tratamiento dental? SI  NO

¿Está satisfecho con el cuidado dental anterior? SI  NO  No sé

Ha experimentado su hijo alguna reacción desfavorable del cuidado dental? SI  NO

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

¿Ha caído alguna vez su hijo o lesionadas su / sus dientes? SI  NO

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cómo? \_\_\_\_\_

¿Cualquier hábitos bucales malos (dedo, pulgar, chupetes, etc.)? SI  NO  Explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene hermanos? SI  NO  También son los pacientes con nosotros? SI  NO

En caso afirmativo, \_\_\_\_\_

### Información de los Padres / Tutores

Nombre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Estado Civil S  M  D  Relación con el niño: Padre  madre  Otro  \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Estado Civil S  M  D  Relación con el niño: Padre  madre  Otro  \_\_\_\_\_

Persona responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### El pago de la cita será rendado el mismo día de los servicios

Por la presente autorizo a Lubbock KIDS dental a proporcionar información a mi compañía de seguros sobre el tratamiento dental. Por la presente autorizo todo pago por servicios dentales proporcionados a Lubbock KIDS dental. Entiendo que soy responsable de las cantidades no cubiertas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_