

My Kidz Dentist, P.C.

"Dentistry and Orthodontics for Children and Teenagers"

Bienvenido a Nuestra Oficina

Queremos darle la bienvenida a usted y su niño/a. Por favor tome unos minutos para completar las dos hojas. Si tiene preguntas, nosotros le podemos ayudar.

Con gustos atenderemos a su niño/a. Gracias

FECHA: _____

NOMBRE LEGAL DE NIÑO(A) _____ SOBRE NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ MASCULINO _____ FEMENINA _____

NIÑO(A) VIVE CON: AMBOS _____ PADRE _____ MADRE _____ ORTO _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO DE HOGAR (480) (602) (623): _____ TRABAJO/CELL _____

NOMBRE LEGAL DE MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURO _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) _____ CASADO(A) _____ DIVORCIDO(A) _____ SEPARADO(A) _____ VIUDO(A) _____

DE LICENCIA DE MANIJAR _____ ESTADO _____ EXPIRA _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

EMPLEADO: _____ OCCUPACION: _____

DE TRABAJO : (480) (602) (623) _____ NOMBRE DE ESPOSO: _____

NOMBRE LEGAL DE PADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURO _____

DE LICENCIA DE MANIJAR _____ ESTADO _____ EXPIRA _____

ESTADO CIVIL: SOTERO(A) _____ CASADO(A) _____ DIVORCIDO(A) _____ SEPARADO(A) _____ VIUDO(A) _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

EMPLEADO: _____ OCCUPACION: _____

DE TRABAJO: (480) (602) (623) _____ NOMBRE DE ESPOSA: _____

NOMBRE DE ADULTO ACOMPAÑADO NIÑO(A)? _____

RELACION AL NIÑO(A): _____ TELEFONO: _____

SEGURANZA DENTAL /PLAN DE AHCCCS : _____

NOMBRE DE ASEGURADO: _____ SEGURANZA /AHCCCS ID # _____

TELEFONO DE SEGURANZA: () _____ GRUPO# _____

NOMBRE Y EDAD DE HERMANOS Y HERMANAS _____

DENTISTA DE LA FAMILIA: _____ TELEFONO: () _____

QUIEN LO RECOMENDO A NOSOTROS? _____ TELEFONO: () _____

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN LE PODEMOS HABLAR? NO SEA PADRES/O GUAR

1. NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

2. NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

NOMBRE DE NIÑO(A) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

MEDICO DE NIÑO(A): _____ TELEFONO: _____

SU NIÑO(A) ES ALERGICO A , O TIENE MALAS REACCIONES A DROGAS , INCLULLANEDÓ ANTIBIOTICOS Y ANESTESIA LOCAL?
____S ____N. SI ES SI, ACUALES SON? Y PARA QUE FUE USO? _____

SU NIÑO(A) HA ESTADO EN EL HOSPITAL? ____S ____N. SI ES SI, PARA QUE FUE? _____

HISTORIA MEDECINAL: SU NIÑO(A) TIENEN, O A TENIDO, CUAQUIRA DE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS:

	SI	O	NO		SI	O	NO
ALERGIAS	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	CEREBRAL PALSY	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
FIEBRE RHEUMATICA	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	DISORDEN DEL HIGADO	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
DISORDEN AL SANGRAR	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	INCAPACIDAD FISICA	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
ATAQUES	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	DISORDEN DEL RIÑON DIABETES	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
DIFICULTADES DEL CORAZON	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	DESABILIDADES DE APRENDISAGE	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
HEPATITIS	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	HIV+/SIDA	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
CANCER	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	ASTHMA	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
DAÑOS CEREBAL	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	NESECIDADES ESPECIALES	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
EPILEPSIA	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	ALERGIAS A LATEX	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
TUBERCULOSIS	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>				

SU NIÑO(A) A TENIDO QUE USAR ANTIBIOTICOS ANTES DE TRABAJO DENTAL? ____S ____N. SI ES SI, PROQUE FUE USADO? _____

INFORMENOS CUALQUIER TRATAMIENTA MEDECINAL INCLUYENDO DROGAS, CIRUGIAS PENDENTES, RECIENTES CIRUGIAS, TRATAMIENTO ESPECIAL O CUALGIAR TRATAMIENTO MEDICINAL QUE EL DOCTOR DEBE SABER: _____

ESTA SU NIÑO(A) TOMANDO FLOURIDO (TABELTAS, GOTAS, ENJUAGE VOCAL O GEL)?

____S ____N SI ES SI, ACUALES SON? _____

SU NIÑO(A) SE CHUPA EL DEDO, CHUPA LOS LABIOS, MUERDE LAS UÑAS, TETERA O CHUPON?

____S ____N SI ES SI, DESCRIBA _____

SU NIÑO(A) HA TENIEDO MALAS EXPERIENCAS EN LA OFICINA DENTAL?

____S ____N SI ES SI, DESCRIBA _____

HA RECIEVIDO SU NIÑO(A) HERIDAS EN SU BOCA O DIENTES?

____S ____N SI ES SI, CUANDO? _____

SU NIÑO(A) A TENIDO DOLOR DE DIENTE RECIENTEMENTE? ____S ____N

SPECIFIQUE, EN QUE AREA: _____

SU NIÑO(A) HA VUESTO UN DENTISTA? ____S ____N

SI ES SI, CUANDO? _____

LE QUSTARIA PREGUNTARLE ALGO AL DOCTOR HOY? _____

REVISADO POR/ DOCTOR: _____ FECHA _____

DECLARACIONES MEDICAS/DENTALES

YO DOY CONSENTIMIENTO AL DOCTOR DE MKD QUE REALIZE UN EXAMEN COMPLETO DEL PACIENTE NOMBRADO ANTERIORMENTE, INCLUYENDO CUALQUIER RADIOGRAFIA DIAGNOSTICADA. A MI MEJOR CONOCIMIENTO, LA INFORMACION QUE HE DADO ES CORRECTA Y ENTIENDO QUE MI INFORMACION SERA CUIDADA CON LA MAS ESTRICTA CONFIANZA Y EN ACUERDO CON TODAS LAS REGULACIONES ESTATALES Y FEDERALES DE HIPPA. TAMBIEN ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD DE INFORMARLE A MKD DE CUALQUIER CAMBIO AL ESTATUS MEDICO DE MI HIJO/A. _____(INICIALES)

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO

YO AUTORIZO QUE CUALQUIER BENEFICIO QUE PAGUE LA ASEGURANZA SEA DIRIGIDO DIRECTAMENTE A MI DENTISTA DE MY KIDZ DENTIST. AUN MAS, EN EL EVENTO QUE NO SE RECIBA EL PAGO POR LOS SERVICIOS REALIZADOS, YO ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR TODOS LOS GASTOS DE COLECCION Y/O HONORARIOS LEGALES AL INTENTAR RECIBIR EL PAGO POR EL SERVICIO MEDICO. _____(INICIALES)

DECLARACION SOBRE SOMETER RECLAMO DE SEGURANZA Y RESPONZABILIDAD FINANCIERO

YO AUTORIZO QUE LA COMPANIA ASEGURADORA TENGA ACCESO A LA INFORMACION DE MI HIJO/A. YO ESTOY CONSCIENTE QUE MKD PROVEERA UN PRESUPUESTO DE LA COBERTURA DE ASEGURANZA ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO Y QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE NO CUBRA ESTA POLIZA. AUN MAS, ESTOY CONSCIENTE DE MI RESPONSABILIDAD FINANCIERA SI ACASO MI POLIZA DE ASEGURANZA FALLA EN PAGAR, POR CUALQUIER RAZON, A 30 DIAS DE RECIBIR TRATAMIENTO. _____(INICIALES)

FIRMA DE PADRE O GUARDIAN: _____

FECHA _____

SU PAGO ES REQUERIDO DESPUES DEL TRATAMIENTO O SI SE HAN HECHO ARREGLOS APROVADOS

SU PAGO SERA CON : EFECTIVO: _____ CHEQUE: _____ TRAJETA DE CREDITO: _____