

Dallin C. Young, D.D.S.
Children's Dentistry of Twin Falls

Nombre del niño: Nombre: _____ Apellido: _____ Varon Hembra
Nombre Preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Direccion de Casa: _____
Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____
El niño vive con: (Circule uno) Papa / Mama / Los dos / Otro
Estado de matrimonio de los padres: (Circule uno) Casados / Soltero / Divorciado / Separado / Viudo

GUARDIAN: _____ (Circule uno) Mama Papa Otro _____
Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Empleo: _____ Numero de telefono: _____
Direccion de casa si no es el mismo del niño: _____
Numero de telefono de casa: _____ Celular: _____ El tiempo mejor para llamar: _____

GUARDIAN: _____ (Circule uno) Mama Papa Otro _____
Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Empleo: _____ Numero de telefono: _____
Direccion de casa si no es el mismo del niño: _____
Numero de telefono de casa: _____ Celular: _____ El tiempo mejor para llamar: _____

PERSONA RESPONSIBLE FINANCIERO: _____
Direccion de casa si no son los padres: _____
Telefono de casa: _____ Celular: _____ Numero de trabajo: _____

OPCIONES DE PAGO: Tecnica de pago (circule uno)
 Efectivo, Cheque, o Tarjeta de Credito al tiempo de servicio CareCredit®
 Segurancia y co-pay al tiempo de servicio Medicaid y co-pay si aplicable

SEGURANCIA PRIMARIA DENTAL:
Nombre: _____
Telefono: _____
Poliza #: _____
Suscriptor: _____

SEGURANCIA SECUNDARIA DENTAL:
Nombre: _____
Telefono: _____
Poliza #: _____
Suscriptor: _____

SEGURANCA MEDICAL _____

INFORMACION DE REFERENCIA:
A quien le podemos dar las gracias por referirlo con nosotros:
Oficina Dental (Nombre del doctor): _____ Directorio: _____
Otro Paciente (nombre): _____ Amigo (nombre): _____
Escuela: _____ Otro: _____

HISTORIA DENTAL:
Por que esta su hijo aqui hoy: _____
Su hijo usa floruro? _____ Cuantas veces? _____
Cuando fue la ultima vez que fue al dentista? _____
Como fue la experiencia? _____
Le han tomado radiografias? _____ Cuando: _____
Su hijo toma biberon? _____ Chupon? _____ Taza? _____
Toma pecho? _____ Se chupa los dedos? _____ Rechina los dientes? _____
Ayuda a su hijo lavarse los dientes y usar hilo dental? _____
Cuantas veces se lava los dientes? _____

HISTORIA MEDICAL:

Nombre de Peditra: _____ Oficina: _____
Ultimo examen fisico: _____ Descubrio algo? _____
Tiene todas sus vacunas? _____
Su hijo se esta tomando medicamentos? _____ Cuales? _____
Su hijo esta bajo el cuidado de un peditra? _____
Por cual razon? _____
Su hijo ha recibido dano traumatico medical o dental? _____
Cuando? _____ Fecha: _____
Su hijo ha estado en el hospital? _____
Por que? _____ Fecha: _____
Su hijo tiene alergias/adverso o reacciones a medicamentos, latex, o otros sustancias?
Cuales? _____

SU HIJO TIENE O TUVO UNA DE ESTA ENFERMEDADES?

POR FAVOR DE MARCAR TODOS QUE LE PROPONE A SU HIJO:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Tratamiento respiratorio |
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Oido/Vista | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazon | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatico |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Condiciones con el corazon | <input type="checkbox"/> Asimientos |
| <input type="checkbox"/> Juntura artificial | <input type="checkbox"/> Golpes en la cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sindrome de down |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los rinones | <input type="checkbox"/> Vomito/Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Desorden mental | <input type="checkbox"/> Sistema Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Problemas entendiendo/portarse | <input type="checkbox"/> Retraso mental/fisico | <input type="checkbox"/> Otros problemas medicales? |
| <input type="checkbox"/> Problemas respirando/pulmon | <input type="checkbox"/> Tratamiento radiacion | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor | <input type="checkbox"/> Infecciones multiple del oido | _____ |
| <input type="checkbox"/> Congenito defectos al nacer | <input type="checkbox"/> Tubos en el oido | _____ |

Por que su hijo es menor de edad, es necesario que los papas o guardian firmen el permiso antes de empezar el tratamiento o examen con el Dr. Young y sus ayudantes. Nuestro examen puede incluir radiografias dentales y otros diagnosticos, depende de las necesidades de su hijo. Se puede usar fotografia para diagnosticas, tratamiento planeado y ensenanzas.

Yo he dado un reporte correcto de la historia mental y fisico de mi hijo. Tambien he reportado alergias de medicamentos, comidas, y anestesias u otras alergias; todas las enfermedades del cuerpo, encias y piel, sangrado irregular, condiciones del corazon; y otras condiciones de la salud de mi hijo, y las condiciones fisicos que el peditra medico me aviso para reportarle al dentista.

El doctor le va a explicar las necesidades de su hijo despues del examen y antes del tratamiento.

Tambien le explicaremos sobre el tratamiento que recibio.

Yo les doy permiso para diagnosticar y dar tratamientos quirurgicos para mi hijo.

Firma: _____ Fecha: _____

Relacion al nino: _____

Yo he tenido la oportunidad de revisor "POLIZA PRIVADO HIPAA" Act.

Si quiere una copia para llevar por favor pidasela a la recepcionista

Firma: _____ Fecha: _____

direccion de correo electronic: _____