

Dallin C. Young, D.D.S. | Samuel Bailey, 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 Pediatra: \_\_\_\_\_ 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 pediatra? \_\_\_\_\_  
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 Dr. Bailey 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 pediatra 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: \_\_\_\_\_

dirección de correo electronic: \_\_\_\_\_