



Odontología Pediátrica

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra oficina a usted y a su niño, niña o adolescente (que a partir de ahora referiremos como "el paciente"). Nuestra meta es hacer de la consulta con cada paciente una experiencia placentera y educativa. Nuestro consultorio tiene como fundamento el cuidado dental preventivo. Nos esforzamos por enseñar buen cuidado dental que les permitirá a cada paciente tener una hermosa sonrisa que les acompañará de por vida.

1 Díganos sobre el paciente

Fecha de Hoy:
Nombre del paciente:
Fecha de Nacimiento del paciente:
Edad del paciente:
Apodo:
Escuela:
Teléfono residencial del paciente:
# Seguro Social:
Dirección Residencial del paciente:
Intereses Especiales, Pasatiempos, Deportes, Hobbies:

2 ¿Quién está acompañando al paciente en el día de hoy?

Nombre
¿Usted tiene custodia legal de este paciente?
¿El paciente es adoptado?
¿El paciente está en un internado en un hogar?
¿A quién le podemos dar las gracias por haberle referido a nosotros?
Otros hermanos o hermanas que se han atendido con nosotros:
Dentista previo / Actual:
Fecha de la última Visita:
Estado Civil del Padres/Madre o Tutor:

3 Información sobre el Padre, Madre o Tutor

Madre
Nombre:
Fecha de nacimiento
Teléfono del trabajo:
Teléfono Residencial:
Empleador:
# Seguro Social:
# Licencia de Conducir:
Padre
Nombre:
Fecha de nacimiento
Teléfono del trabajo:
Teléfono Residencial:
Empleador:
# Seguro Social:
# Licencia de Conducir:
Nombre de un Vecino o Familiar que no viva con usted.
Nombre:
Dirección:

4 Persona Responsable por la Cuenta

Nombre:
Relación:
Dirección donde se envía la cuenta:
Teléfono del trabajo:
Teléfono Residencial:
Empleador:
# Seguro Social:
# Licencia de Conducir:
¿Quién es responsable por hacer las citas?
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Teléfono del trabajo:
Teléfono Residencial:
Correo Electrónico:

5 Seguro Dental Primario

Nombre de la Compañía de Seguros:
Dirección de la Compañía de Seguros:
Teléfono de la Compañía de Seguros:
# de Grupo (Plan, local, o número de póliza):
Nombre del Dueño de la Póliza:
Parentesco con el Paciente:
Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza:
# de S.S:
Empleador del dueño de la póliza:
Dirección del Empleado:
¿Cobertura de Ortodoncia?

6 Seguro Dental Secundaria

Nombre de la Compañía de Seguros:
Dirección de la Compañía de Seguros:
Teléfono de la Compañía de Seguros:
# de Grupo (Plan, local, o número de póliza):
Nombre del Dueño de la Póliza:
Parentesco con el Paciente:
Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza:
# de S.S:
Empleador del dueño de la póliza:
Dirección del Empleado:
¿Cobertura de Ortodoncia?