



Jeremy J. Larson, DMD LLC
 1090 W Hermiston Ave.
 Hermiston, OR 97838
 (541) 567-8229

*¡Bienvenido a nuestra consulta! Nos esforzaremos por
 prestarle a su hijo(a) la mejor atención dental posible.
 Nuestra meta es enseñarle a su hijo(a) buenos hábitos de su
 cuidado dental para mantener su sonrisa bella de por vida.*

Fecha _____

No. de paciente _____

Información de su Hijo(a)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sex M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Edad _____ Teléfono particular _____ No. de seguro social _____ Escuela _____ Grado _____

Estado civil de los padres Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Separado (a)

Persona responsable por hacer citas _____ Preferencia: Particular Celular Correo electrónico

Parte Responsable

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sex M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Edad _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir o identificación _____ Relación al paciente _____

Madre **Madrastra** **Tutora**

Nombre _____ No. de seguro social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ No. de licencia de conducir o identificación _____

Padre **Padrastra** **Tutor**

Nombre _____ No. de seguro social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ No. de licencia de conducir o identificación _____

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Empleador del paciente o tutor _____ Teléfono _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

¿Tiene algún seguro adicional? Sí No Si la respuesta es sí, llene lo siguiente:

Seguro adicional

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Empleador del paciente o tutor _____ Teléfono _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Hábitos de su Hijo(a)

Con qué frecuencia se sevilla los dientes _____ Con qué frecuencia usa hilo dental _____

Nombre de su dentista anterior _____ Fecha de su ultimo examen _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Medico de cabecera _____ Ciudad _____ Estado _____

¿Tiene floururo el agua de su hijo(a)? Sí No

¿Su hijo(a) toma suplementos de fluoruro? Sí No

Su hijo(a):

Chupa el dedo

Muerde los labios

Muerde las uñas

Muerde objetos duros (lápices, etc.)

Muele los dientes

Aprieta los dientes

Historia Medica

¿Su hijo(a) ha tenido dificultad con visitas dentales anteriormente?

¿Tiene su hijo(a) tos persistente o carraspeo que no sea debido a una enfermedad (que dure mas de 3 semanas)? Sí No

¿Su hijo(a) alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

Ha tenido su hijo(a) alguno(s) de lo siguiente:

Asma

Hemofilia

Defectos Cardíacos Congénitos

Sangrado anormal

Cancer

Diabetes

Impedimento o discapacidad

Soplos en el corazón

Hepatitis

Alergias

Convulsiones/Epilepsia

Sida o VIH

Fiebre reumática

Tuberculosis

Por favor explique qual cualquier problema medico que su hijo(a) tenga _____

MEDICAMENTOS

(por favor haga una lista de cualquier medicamento que su hijo(a) este tomando)

ALERGIAS

Authorization para divulgar o compartir datos

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo(a). Entiendo que es mi responsabilidad informarle al dentista si hay algún cambio en la salud y/o en los medicamentos que mi hijo(a) toma. Autorizo que el dentista y/o su personal proporcione mi informacion (incluyendo el diagnosis y los archivos) de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi hijo(a) durante su cuidado dental, a personas terceras (pagadores y/o otros profesionales médicos). Autorizo y pido que mi compañía de seguros pague cualquier beneficio debido a mi, directamente a el consultorio del dentista. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la cantidad en la factura y estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los cargos por servicios proporcionados a mi o mis dependientes.

X

Firma del Paciente (o padre(madre)/tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

Comentarios del Doctor: _____
