

**PEDIATRIC DENTAL SPECIALISTS, P. C.**

**David H. Brantley, DDS**

**John W. Spratling, DMD**

**Will Brantley, DMD**

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Dia de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo F M

Como prefiere llamarlo(a) \_\_\_\_\_

Direccion del paciente \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_ Telefono de su casa \_\_\_\_\_

Num. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre y edades de sus otros hijos \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_

Nombre de un contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Como supo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Quien es el dentista de la familia? \_\_\_\_\_

**Los menores no acompañados por un padre o tutor legal no pueden recibir tratamiento sin autorizacion firmada**

Los papas viven juntos  Si  No Si no, con quien vive su hijo(a)? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN**

Madre  Madrastra  Guardian

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Num. de Celular \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Num. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Email de su trabajo \_\_\_\_\_ Tel. de su trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN**

Padre  Padrastra  Guardian

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Num. de Celular \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Num. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Email de su trabajo \_\_\_\_\_ Tel. de su trabajo \_\_\_\_\_

**Nuestra oficina se comunica con nuestros pacientes de manera electronica, por correo electronico y por mensaje via celular. Por favor diganos como usted prefiere que nos comuniquemos:**

E-mail E-mail address \_\_\_\_\_

Celular Num. de Celular \_\_\_\_\_

Por favor, no me contacte llamando, e-mail, ni texto

**METODO DE PAGO \* Cargos por servicios dentales son pagados al momento del tratamiento \***

Toda deuda que no halla sido pagada en un maximo de 30 dias sera responsabilidad del padre/guardian.

Cheque, efectivo o tarjeta de credito o debito.

Seguro dental - con Co-Pago (Por el momento solo somos proveedores participantes con Met Life, United Concordia y primeramente proveedores con Delta Dental premier **ONLY**). Como cortesia, nuestra oficina archivara los beneficios de su seguro por el tratamiento proporcionado. Cualquier deducible, co-pagos o balance no cubierto por su seguro, debera ser pagado en su totalidad el dia del tratamiento.

Medicaid de Georgia# \_\_\_\_\_ Peachcare de Georgia# \_\_\_\_\_ Wellcare# \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre del medico o peditra del paciente: \_\_\_\_\_

Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado?  Si  No Por favor explique \_\_\_\_\_

Es su hijo(a) alergico a alguna medicina o comida?  Si  No Por favor explique \_\_\_\_\_

Esta su hijo(a) tomando algun medicamento?  Si  No Por favor explique \_\_\_\_\_

Por favor marque alguna de las siguientes condiciones medicas que su hijo(a) ha experimentado:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Inhalador                    | <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales          | <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones   | <input type="checkbox"/> Condicion del Corazon           | <input type="checkbox"/> VIH/Sida                    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Desorden de Nariz o Garganta | <input type="checkbox"/> Amigdalas / Adenoides Removidas | <input type="checkbox"/> Problemas de Oido           |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal              | <input type="checkbox"/> Cancer / Tumores             | <input type="checkbox"/> Problemas de Estomago/Riñon     | <input type="checkbox"/> Tubos en los Oidos          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre       | <input type="checkbox"/> Problemas del Higado         | <input type="checkbox"/> Alergias por la Estacion        | <input type="checkbox"/> Problemas de Habla o Vision |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Alergias por la Estacion     | <input type="checkbox"/> Otros _____                     | <input type="checkbox"/> Hiperactividad/TDA/TDAH     |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |   |  | <input type="checkbox"/> Desorden Emocional          |
| <input type="checkbox"/> Desorden en la Piel           |   |  | <input type="checkbox"/> Alergia al Latex            |
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista |   |  |  |

Por favor explique si su hijo tiene algun problema medico o hay algo que a usted le preocupe: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

1. Su hijo(a) toma biberon?  Si  No Si no, a que edad lo dejo de usar? \_\_\_\_\_

2. Su hijo(a) se mama el dedo o alguna vez uso chupon?  Si  No A que edad lo dejo de usar? \_\_\_\_\_

3. Usted usa agua que no es potable?  Si  No

4. Su hijo(a) ha visitado alguna vez un dentista?  Si  No

5. Si ha visitado a un dentista, cuando fue la ultima visita: \_\_\_\_\_ Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

6. Su hijo(a) ha tenido problemas con algun tratamiento dental?  Si  No

7. Si ha tenido algun problema, por favor explique: \_\_\_\_\_

8. Su hijo(a) ha tenido algun tipo de accidente en sus dientes?  Si  No

9. Si ha tenido algun accidente, por favor explique: \_\_\_\_\_

10. Su hijo tiene dolor?  Si  No Si su hijo tiene dolor, por favor explique: \_\_\_\_\_

12. Su hijo tiene algun problema dental del cual usted tiene preocupacion?  Si  No

13. Si usted tiene alguna preocupacion, por favor explique: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION Y TRASPASO DE INFORMACION

Por mi conocimiento, todas las preguntas han sido perfectamente respondidas. Entiendo que proporcionando informacion incorrecta puede ser de peligro para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio de salud medica de mi hijo(a). Tambien, utorizo a esta oficina de realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo(a) pueda necesitar. Tambien, autorizo al dentista de transpasar toda informacion incluyendo diagnosticos, tratamiento o examen correspondientes a mi hijo durante el periodo en el cual terceras partes u otros practicantes de salud requieran. Autorizo el uso de radiografias y fotografias para el uso de enseñanza y publicaciones cientificas. Requiero que mi compañía aseguradora les pague directamente a ustedes. Entiendo que mi aseguradora pudiera pagar menos de mi cuenta por estos servicios; sin embargo, estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los servicios prestados para la salud de mi hijo(a).

Firma del Padre / Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_