



Dr. Rachel Packer

2700 E. Bridge #201

Brighton, CO 80601

Phone: 303-659-7700 FAX: 303-359-7190

El pariente que acompaña el (la) niño (a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado por otro convenio.

1. Información de el (la) Niño (a) (child's information)

Nombre _____
 (Name) apellido (last) nombre (first) inicial (initial)

Apodo _____ Niño Niña
 (Nickname) (boy) (girl)

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____
 (Date of birth) (Age)

Tel. Casa # (_____) _____
 (Home number)

SS # _____

Dirección (Address): _____

 APT.# _____

Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Postal (Zip) _____

2. Persona Responsable por la Cuenta (person responsible for bill)

Nombre _____ Parentesco _____
 (Name) (Relationship)

Dirección _____
 (Address)

Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Postal (Zip) _____

Casa# _____ Trabajo # _____
 (Home #) (Work #)

3. Información de la Madre madrastra tutor
 (Mother's information) (step mother) (guardian)

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 (Name) (Date of birth)

Trabajo # (____) _____ Ext. _____ Casa # _____
 (Work #) (Home #)

Patrona _____
 (Employer)

SS # _____ DL # _____

4. Información del Padre padrastro tutor
 (Father's information) (step father) (guardian)

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 (Name) (Date of birth)

Trabajo # (____) _____ Ext. _____ Casa # _____
 (Work #) (Home #)

Patron _____
 (Employer)

SS # _____ DL # _____

Estado civil de sus padres soltero (single) viudo (widowed)
 casado (married) divorciado (divorced)
 separado (separated)

5. Quien Acompaña el (la) niño (a)?

(Who is accompanying the child today?)

Nombre _____ Parentesco _____
 (Name) (Relationship)

Tienes usted la custodia de este niño? SI NO
 (Do you have legal custody of the child?)

6. Seguro Dental Primario (Dental insurance)

Compañía de seguro _____
 (Insurance name)

Dirección _____
 (Address of insurance company)

Num. Telefono (____) _____
 (Phone number)

Num. de Poliza _____
 (Policy number)

Nombre del Asegurado _____
 (Policy owner's name)

Parentesco _____
 (Relationship)

Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS # _____
 (Date of birth)

Patrono _____
 (Policy owner's employer)

7. Seguro Dental Secundario

(Secondary dental insurance)

Compañía de seguro _____
 (Insurance name)

Dirección _____
 (Address)

Num. Telefono (____) _____
 (Phone number)

Num. de Poliza _____
 (Policy number)

Nombre del Asegurado _____
 (Policy owner's name)

Parentesco _____
 (Relationship)

Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS # _____
 (Date of birth)

Patrono _____
 (Policy owner's employer)

continúa al dorso

8. Historia Dental (dental history)

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista? (Why is the child here today?)

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes hábitos? (Does the child have the following habits?)

S N Se chupa el dedo / los dedos S N Se come las ungas (Suck thumb/fingers) (Bite finger nails)

S N Se chupa / se muerde los labios S N Usa Biberon (Bite their lip) (Use a bottle)

Ha tenido problemas el (la) niño (a) con tratamiento dental? (Problems with previous dental work?) [] SI [] NO

Si a tenido explique _____ (If yes, then please explain)

Tiene la agua de el (la) niño (a) fluoruro? (Is the child's wáter fluoridated?) [] SI [] NO

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos Con fluoruro? (Is child taking fluoride supplements?) [] SI [] NO

Hay dolor/sensibilidad En la quijada de el (la) niño (TMJ / TMD)? (Is there pain or tenderness in the child's jaw?) [] SI [] NO

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario? (Does the child brush daily?) [] SI [] NO

Se limpia el niño los dientes con hilo dental diario? (Does the child floss daily?) [] SI [] NO

Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o superar las regulaciones de control de infeccion sugun el OSHA, el CDC, y el ADA.

9. Historia Salud (Health History)

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas? (Does the child have any of the following conditions?)

- S N Sangramiento Abnormal (Abnormal bleeding) S N Alguna Incapacidad (Handicapped/Disabilities) S N Alergia a alguna Droga (Drug allergies) S N Problemas de los Oidos (Hearing impaired) S N Ha sido Hospitalizado (Has been in the hospital) S N Soplo (Heart problem) S N Ha tenido alguna Operacion (Any recent operations?) S N Hemofilia (Hemophiliac) S N Asma (Asthma) S N Hepatitis (Hepatitis) S N Problemas del Higado / Rinones (Problems w/ Liver/Kidneys) S N SIDA ("HIV") (HIV) S N Defecto Congenito del Corazon (Congenital heart defect) S N Cancer (Cancer) S N Convulsiones / Epilepsia (Convulsions/Epilepsy) S N Diabetes (Diabetes) S N Embarazo (Pregnant) S N Alergico (a) producto Latex (Allergic to latex) S N Fiebre Reumatica/ Escarlatina (Rheumatic/Scarlet fever) S N Tuberculosis (TB) (Tuberculosis)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido (Describe each of the child's medical problems)

Enumere todos los medicamentos que el niño(a) este tomando ahora (List of prescription medicine child is currently taking)

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alérgico (List of prescription medicine child is allergic to)

Nombre del medico de familia _____ Tel _____ (Doctor's name) (Phone number)

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico? (Is child currently under the care of a doctor?) [] SI [] NO

Por favor, describa la salud fisica del niño (a) (Please describe physical health of the child) [] Excelente (Excellent) [] Normal [] Pobre (Poor)

11. A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma (Signature)

Fec (Date)

Relacion a Paciente (Relation to patient)

USO OFICIAL

I verbally reviewed the medical / dental information above with the parent / guardian and patient named herein.

Initals _____ Date _____

Doctor's Comments:
