



REGISTRO DEL NUEVO PACIENTE DEL
NIÑO
EL DÍA DE HOY: _____

Bertha Dieguez-Marino, D.M.D., M.P.H.
Especialista en Ortodoncia para Niños y Adultos

Nombre Completo del Niño: _____ Apodo: _____ Hombre / Mujer (Círculo) _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SS #: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Hogar #: _____ Pasatiempos / Deportes de Childs: _____
Listar hermanos / hermanas con edad: _____

¿Quién acompaña a su hijo hoy? (Nombre) _____ Relación: _____

¿Tiene la custodia legal de este niño? S / N (círculo)

¿A quién podemos agradecer por su referencia? _____ Directorio telefónico _____ Seguro Co _____ Dentista _____ Amigo _____
Sitio web _____ Si Internet, ¿qué hizo Google? _____ Otro _____

Estado Civil de los Padres: _____ Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Separado

Información de la madre: Información del padre:

Nombre completo: _____
Dirección: _____
Ciudad / St / Zip: _____
Casa #: _____
Celda #: _____
Empleador: _____
Trabajo #: _____
SS #: _____
DL #: _____
Email: _____

Persona (s) financieramente responsable de Acct:

Nombre (s): _____ Relación con el niño: _____

Dirección de Envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ SS #: _____ DL #: _____

E-Mail: _____ Inicio #: _____ Celda / Otro #: _____
Empleador: _____ Trabajo #: _____ Ext: _____

Persona encargada de realizar las citas:

Nombre: _____ Número de trabajo: _____ No. de casa: _____ Celda: _____

Información del seguro: Primaria: Secundaria:

Ins. Nombre de la empresa: _____
Teléfono: _____
Ins. Co. Dirección: _____
Nombre del Asegurado: _____
Relación con el paciente: _____
Cumpleaños del Asegurado: _____
SS # del Asegurado: _____
Empleador del Asegurado: _____
Fecha de vigencia: _____
Contrato #: _____
Grupo #: _____

Máximo de por vida: _____ Por pagar @%: _____ Por pagar @%: _____
Límite de edad para ortopedia: _____
¿Periodo de espera? S / N (círculo) El período termina: _____ S / N (círculo) El período termina: _____
Formulario de registro de niño (cont.) P2

HISTORIA DENTAL: Fecha: _____

Nombre del dentista _____ Última visita _____ ¿Para qué servicio?

¿Tiene lesiones en la cara, la boca, los dientes o la barbilla? S / N En caso afirmativo, describa

¿El niño tiene algún hábito? S / N Si la respuesta es sí, por favor ciruela - pulgar / dedo de succión, labio aspirar / morder, clavo morder, respiración bucal, problemas del habla, clenching / grinding dientes, pacificador, lengua thrust).

¿Se le ha informado a su hijo de cualquier dientes faltantes o extra? Y / N

¿Alguna experiencia dental infeliz? S / N En caso afirmativo, describa

¿La actitud general del niño hacia la odontología?

¿Tiene dolor / sensibilidad en la articulación de la mandíbula (TMJ) o dificultad para masticar? S / N

¿Su niño se cepilla los dientes diariamente? S / N Hilo dental diariamente? S / N ¿Ayuda a su hijo a cepillarse / usar hilo dental? Y / N

¿Se utilizan tabletas? S / N ¿Se utiliza el flúor en cualquier forma? Y / N

¿Se ha evaluado alguna vez al niño o ha tenido tratamiento ortodóncico? S / N (círculo) Si la respuesta es Sí, sírvase dar los detalles del tratamiento: _____

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que la ortodoncia lograra?

HISTORIAL MÉDICO:

Médico del niño _____ Dirección _____ Teléfono _____

¿Fecha del último examen físico? _____ ¿Está el niño bajo cuidado del médico? S / N En caso afirmativo, sírvase describir

Enumere TODAS las drogas que el niño está tomando actualmente:

Medicamentos _____ Taken for _____ Medicamentos _____ Tomados para

Medicamentos _____ Taken for _____ Medicamentos _____ Tomados para

Por favor indique TODAS las alergias o reacciones a lo siguiente:

Y / N Aspirina Y / N Ibuprofeno (Motrin, Advil) Y / N Vinilo Y / N Látex

Y / N Acetaminofeno (Tylenol) S / N Metales, especifique _____ S / N Acrílico S / N Otra, especifique _____

¿Tu hijo tuvo ahora o en el pasado:

S / N ¿Defectos congénitos o problemas hereditarios? S / N Asma, problemas en los senos paranasales, fiebre del heno o urticaria?

S / N Condiciones reumatoideas o artríticas? S / N Historia de trastorno alimentario (anorexia o bulimia)?

S / N ¿Problemas renales? S / N ¿Úlceras estomacales o hiperacidez?

S / N Hepatitis, ictericia o problemas de hígado? S / N ¿Problemas de visión, audición, degustación o habla?

S / N Diabetes? S / N ¿Trastornos de la piel?

S / N Problemas ENT? (Amígdalas o adenoides) S / N ¿Problemas de salud mental o conductuales?

S / N ¿Problemas endocrinos o tiroideos? S / N ¿El paciente mastica o fuma tabaco?

S / N ¿Problemas con el sistema inmunológico? S / N ¿Está el paciente embarazada?

S / N Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia? ¿S / N SIDA o VIH positivo?

S / N ¿Polio, mononucleosis, tuberculosis o neumonía? S / N Presión arterial alta o baja?

S / N Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?

S / N ¿Sangría anormal, sangrado excesivo o moretones, o anemia?

S / N Problemas del corazón? (Soplo, fiebre reumática, defecto cardíaco, dolor torácico, etc.)

Si es así, explique

S / N Cualquier fracturas óseas, accidentes graves o cualquier otro problema?

S / N Cualquier discapacidad de aprendizaje, discapacidades o necesita ayuda adicional con las instrucciones?

S / N ¿Alguna hospitalización u operación? Si es así, describa

Reconocimiento: He leído y entiendo el formulario de inscripción anterior. No voy a tener a la Dra. Bertha Dieguez-Marino oa ningún miembro de su personal

Responsable de los errores u omisiones que he cometido al completar este formulario. Si hay algún cambio posterior en este registro de historia o estado médico / dental, informaré esta práctica. Además, he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de esta oficina.

Consentimiento para someterse a un tratamiento ortodóntico: Por la presente doy mi consentimiento a la realización de expedientes diagnósticos, incluyendo radiografías, antes, durante y después del tratamiento ortodóntico prescrito por el médico, así como al personal y al médico que proporcionen el tratamiento ortodóntico prescrito para el paciente anterior. Comprendo completamente todos los riesgos asociados con el tratamiento.

Asignación de beneficios: Por la presente doy permiso para facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados por Dieguez-Marino Orthodontics P.C., y estoy de acuerdo en ayudar en el procesamiento de todas las reclamaciones de beneficios. Por la presente autorizo el pago directo de beneficios a Dieguez-Marino Orthodontics P.C.

Responsabilidad Financiera: Por la presente acepto ser responsable de todos los cargos por los servicios prestados al paciente incluyendo cualquier cargo no cubierto. También estoy de acuerdo en que si la cuenta no pagada se refiere a una agencia de cobranza, para pagar todos los costos de las colecciones, incluyendo honorarios razonables de un tercio del saldo adeudado.

Parte responsable / Relación con el niño Parte responsable

Relación con el niño / Fecha