

## Bienvenido a la oficina del Dr. Tony Khara! Forma de Registro para Ninos

*Para poderle ofrecer un pronto y mejor servicio, favor de completar la forma de registro.*

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de Pila: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Direccion Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono Residencial: (\_\_\_\_)- \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Num. del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Num. de Seguro Social de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Num. del Trabajo(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Num. de Seguro Social del Padre: \_\_\_\_\_

OPCIONAL: Direccion de Correo Electronico \_\_\_\_\_

Pasatiempos e Intereses del Paciente: \_\_\_\_\_

- **Cual es su mayor preocupacion referente a los dientes de su hijo/a ?** \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- **Quien refirio su hijo/a a nuestra oficina?** \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista del paciente: \_\_\_\_\_

Direccion de la oficina: \_\_\_\_\_ Num. de Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Nombre del Medico de cabecera del paciente: \_\_\_\_\_ Num. de Telefono \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Esta el paciente en buen estado de salud?      Si                  No

Favor circular si el paciente padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades:

HIV Positivo	Tuberculosis	Mareos	Enfermedad del Hgado	Sangrado Prolongado
Anemia	Diabetes	Tuberculosis	Enfermedad de los Nervios	Toz Prolongada
Artritis	Problemas Endocronologicos	Problemas del Corazon	Sudor en la Noches	Fiebre Reumatica
Asma	Epilepsia	Hepatitis	Pneumonia	

Padece el paciente de alergias o reaccion a medicamentos: \_\_\_\_\_

Menciones medicamentos o drogas que este tomando: \_\_\_\_\_

Mencione si ha tenido heridas en los dientes, boca o quijada: \_\_\_\_\_

Requiere el paciente de antibioticos antes de citas dentales?      Si              No

Padece el paciente de dolor de quijada?                              Si              No

Si marco que Si, conteste las siguientes preguntas:

Le suena la quijada? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Le duele la quijada? \_\_\_\_\_ ?Cuando? (en la manana, durante las comidas etc. ) \_\_\_\_\_

Tiene el paciente problemas cuando abre la boca?              Si              No

Ha sido informado el paciente si le falta o tiene de mas algun diente permanente: \_\_\_\_\_

Por favor describa si el paciente ha tenido tratamiento de ortodoncia previa: \_\_\_\_\_

Tiene el paciente otros problemas dentales o habitos orales? (mamarse el dedo, etc.) \_\_\_\_\_

Tiene el paciente cobertura dental?      Si              No

Nombre el subscriptor del Seguro? \_\_\_\_\_ Num. S.S. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ Telefono de Seguro: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Area postal \_\_\_\_\_

Num. de Grupo \_\_\_\_\_ Covertura Maxima : \_\_\_\_\_

Certifico que la informacion que he facilitado es la correcta y se guardara con estricta seguridad y confiabilidad, y es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio.

Todo reclamo de seguro sera sometido por la oficina del Dr. Khara y todo pago hecho por el seguro seran hecho a nombre del Dr. Khara. Entiendo que sera mi responsabilidad pagar los tratamientos de ortodoncia que no sean cubiertos por el seguro. Autorizo a que se provea la informacion necesaria relacionada al reclamo a la compania de seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_