



Suffolk Pediatric Dentistry and Orthodontics

Philip M. Coniglio, D.D.S. • Robert J. Serino, D.D.S & Associates

8 Medical Drive • Port Jefferson Station, NY 11776 • Teléfono: 1.631.928.8585 • Fax: 1.631.928.8861
6144 Route 25A, Suite D20 • Wading River, NY 11792 • Teléfono: 1.631.929.7575 • Fax: 1.631.929.6664
320 West Main Street • Sayville, NY 11782 • Teléfono: 1.631.750.9175 • Fax: 1.631.750.9177
50 Route 111, Suite 214 • Smithtown, NY 11787 • Teléfono: 1.631.265.3266 • Fax: 1.631.382.7913

www.SuffolkPediatricDentistry.com

BIENVENIDOS!

Para nosotros es un placer darte la bienvenida a ti y a tus niños a nuestra práctica.
Por favor tomate unos minutos para llenar esta forma completamente como tu puedas.

Información del Paciente

Fecha _____ SS# _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del menor/niño _____ Sexo M F Edad _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Apodo _____ Entretenimiento _____ Teléfono celular () _____

Dirección de la casa _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre de la escuela _____ Teléfono de la escuela () _____

Persona responsable de pago _____ Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Quién te refirió a nosotros? _____

Seguro

Nombre del padre/guardian _____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____

Teléfono de la casa () _____
(si es diferente de arriba)

Correo electrónico () _____

Empleador _____

Soc. Sec. # _____ Fecha de nacimiento _____

Tienes seguro dental para cubrir a tu menor/niño? Si No _____

Nombre del plan _____ Teléfono () _____

Dirección _____

Número del grupo _____ Poliza # _____

Nombre de la madre/guardian _____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____

Teléfono de la casa () _____
(si es diferente de arriba)

Correo electrónico () _____

Empleador _____

Soc. Sec. # _____ Fecha de nacimiento _____

Tienes seguro dental para cubrir a tu menor/niño? Si No _____

Nombre del plan _____ Teléfono () _____

Dirección _____

Número del grupo _____ Poliza # _____

Historia Dental

Fecha de la última visita al dentista _____

Si No

El niño se ha quejado de algún problema de los dientes?

El niño se cepilla los dientes diariamente?

El niño usa el hilo dental cada día?

Tiene problemas de aprendizaje?

Algún habito en la boca-chuparse el dedo, morderse las uñas, chupon, respirando por la boca, duerme con el biberon,etc?

Para que servicio? _____

Si No

Toma en alguna forma fluoruro?

Algún golpe en la boca, dientes, cabeza?

Algún mala experiencia dental?

Algún problema en la escuela?

Algún problema en la escuela?

Historia Medica

Pediatra _____ Teléfono _____

Si No

Esta el menor/o el niño bajo cuidado médico ahora? Medicamentos _____
Esta tomando algún medicamento o alguna droga?
Ha estado hospitalizado?
Ha tenido alguna cirugía? Alergias _____
Sangra excesivamente cuando se corta?

El menor/niño ha tenido alguna historia o dificultad con algo de los siguiente? Si es si por favor marcalo. (✓)
SIDA Parálisis Cerebral Epilepsia Enfermedad del los rinoñes Fiebre reumática
Anémia Varicela Desmayos Enfermedad del hígado Problemas de sinusitis
Asma Convulsiones Problemas de oidos Sarampión Enfermedad de la tiroides
Problemas de vejiga Diabetes Problemas del corazón Mononucleosis Tuberculosis
Cáncer Abuso de droga o alcohol Hepatítis Parotiditis Otras

Compartimiento Atención

ADHD ADD PDD HYPERACTIVIDAOL OTRO

En emergencia a quien Contactar

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, A QUIEN DEBEMOS CONTACTAR?
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono _____

Autorización

Con todo mi conocimiento, la información esta completa y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar al doctor si mi niño tiene algun cambio en su salud.

Consentimiento del Menor/Niño
Yo soy el padre, guardian, o el representante de _____
Por favor escriba el nombre del niño/menor

y no hay orden de la corte que me prohíba firmar este consentimiento. Yo autorizo al personal de la oficina dental a prestar los servicios necesarios para el menor mencionado.

Autorización de Pago de Seguro
Yo certifico que mi dependiente esta cubierto con el seguro _____
Nombre de la compañía de seguro

y cedo directamente al doctor _____ todo los beneficios del seguro, o que exista otra forma de pago a mi por los servicios prestados. Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los servicios que por algún motivo el seguro no pague. Yo autorizo el uso de mi firma en todo los seguros sometidos.

El medico mencionado puede utilizar la información medica del paciente menor de edad, puede revelar dicha información a las siguientes compañías de seguro y sus agentes con el proposito de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios que pueden ser cobrados por los servicios relacionados. Yo revise la poliza de privacidad de la oficina.

Firma del Padre, Guardian, o Persona Representante Fecha

Por favor escriba con letra de molde nombre del padre, guardian, o persona representante Relación del paciente

Ponga al día la información

Para Completar en Otra Cita
El paciente ha tenido un cambio de salud desde su ultima cita? Si No
Si es si, por favor describalo _____
Fecha _____ Fima del Padre/Guardian _____
Fecha _____ Firma del Dentista _____