



PERRY L. JEFFRIES, DDS and ASSOCIATES, PA  
 Dr. P.L. Jeffries and Associates, PA  
**Dentista para Niños**

## Continuación de Historial Médico

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Electrónico de los padres \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Tiene Seguro Dental? Si o No      Medicaid Si o No      Tiene más de un seguro dental? Si o No

**Pago de Honorarios Profesionales: La política de pago de los servicios dentales en esta oficina será efectivo, cheque, Visa o MasterCard. El pago se espera el día en que se prestan los servicios. Las partes de la factura que no están cubiertas por el seguro dental o Medicaid son responsabilidad del padre / tutor legal y deben pagarse en su totalidad al momento de cada visita dental. El padre debe proporcionar la identificación adecuada y el seguro dental y / o tarjeta de Medicaid el día de la visita.**

**Yo entiendo y estoy de acuerdo a estos términos. Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

### ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN:

**Yo, el abajo firmante certifica que yo o mi dependiente, tienen cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y me autorizo a mis beneficios de seguro directamente a Perry L Jeffries, DDS y Asociados, PA / PL Jeffries, DDS y Asociados, PA y soy financieramente responsable por cargos y servicios no cubiertos o no pagados por mi seguro. Autorizo el uso de mi firma en toda la información de seguros. También autorizo a Perry L Jeffries, DDS y Asociados, PA / PL Jeffries, DDS y Asociados, PA a divulgar cualquier información necesaria en la tramitación de esta solicitud y todas las reclamaciones futuras. Si mi cuenta es enviada a una agencia de colección, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios de abogado y colección.**

**Escriba el nombre del tutor legal \_\_\_\_\_ Relación del Paciente \_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

	Si	No	? Explique		Si	No	? Explique
Problemas para oír				Problemas de Nacimiento			
Problemas con los ojos				Problemas del Corazon			
Problemas de la Piel				Fiebre Reumática			
Problemas de Anginas				Anemia			
Problemas Emocionales/Conducta				Anemia de Célula Enfermiza			
Desorden de Atención Deficiente (Problemático)				Sangrado / Hemofilia			
Hepatitis				Transfusión de Sangre			
SIDA or VIH				Artritis			
Tuberculosis				Cancer			
Enfermedad del Hígado				Pulso Cerebral			
Enfermedad del Riñón				Convulsiones			
Diabetes				Autismo			
Asma				Labio Leporino y paladar hendido			
Problemas del Habla							

Si tienes algún problema, favor de explicar \_\_\_\_\_  
 Su hijo o hija está tomando algún medicamento en este momento?(Por favor liste) \_\_\_\_\_  
 Nombre del doctor del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha del último examen \_\_\_\_\_  
 Alergias (Por favor liste) \_\_\_\_\_

Historial médico y dental revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_