



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

## Registracion del Paciente

MM DD YY

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Seguro Social# \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

MM DD YY

Nombre y Apellido de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Seguro Social # \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Manejar # \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Hogar # \_\_\_\_\_ Teléfono Celular # \_\_\_\_\_  
 Nombre de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo # \_\_\_\_\_

MM DD YY

Nombre y Apellido del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Seguro Social # \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Manejar# \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Hogar # \_\_\_\_\_ Teléfono Celular # \_\_\_\_\_  
 Nombre de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo # \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Estado marital de los Padres: Casado/Separados/Divorciados/Otros \_\_\_\_\_  
 Nombre de un Familiar cercano, que no viva con usted? \_\_\_\_\_  
 Numero de Teléfono # \_\_\_\_\_ Cual es su relación \_\_\_\_\_  
 A quien debemos agradecer por referirle a esta oficina? \_\_\_\_\_  
 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 padre/ tutor legal \_\_\_\_\_ Relación del Paciente \_\_\_\_\_

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

## Historial Medico

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 Habra							

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 Dental

Cuál es su mayor preocupación sobre la salud dental de su hijo(a) (algún problema) \_\_\_\_\_

Su hijo(a) ha estado con un dentista anteriormente Si o No. Si es Si, la fecha de la última visita al dentista \_\_\_\_\_

Fecha de los últimos Rayos X \_\_\_\_\_ Nombre del dentista anterior \_\_\_\_\_

Razón por dejar el dentista anterior \_\_\_\_\_

Si No ?

Si	No	?	
			Su hijo(a) ha experimentado una reacción inusual a medicamento dental o anestesia?
			Su hijo(a) ha experimentado sangre o continuo siguiendo un tratamiento dental?
			Su hijo sera incooperativo?
			Su hijo(a) ha experimentado algunas complicaciones siguiendo un tratamiento dental?
			Su hijo(a) heridito algún facial familiar o características dentales?
			Su hijo(a) ha tenido algún daño en los dientes, quijada o cara?
			Su hijo(a) ha tenido algún golpe o dolor en la quijada?
			Su hijo (a) fue amamantado? Hasta que edad dejo de amamantarlo?
			Su hijo(a) tomo biberón? Hasta que edad dejo el biberón?
			Su hijo(a) uso un chupete? A qué edad dejo de chupar su chupete
			Su hijo(a) se chupo el dedo? A qué edad dejo su dedo?
			Su hijo(a) se cepilla sus propios dientes?
			Usted usualmente ayuda a su hijo(a) a cepillarse los dientes?
			Usted o su hijo(a) alguna vez obtuvieron instrucciones en cepillarse?
			Su hijo(a) usa productos de florido: enjuagues, gotas, pastillas?
			Su hijo(a) usa hilo dental?

Por favor seleccione si su hijo(a) ha tenido algunos problemas con alguno de los siguientes:

Caries     Color de dientes     Dientes sensitivos a caliente o frio     Ansias sangrientas  
 Dolor en los dientes     Infección en la ansia     Dientes sensitivos a dulces  
 Apariencia de los dientes     Dientes salteados     Dientes rechinadores  
 Otros problemas dentales

Explicaciones y comentarios \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

A mi mejor conocimiento, las respuestas que he dado son ciertas. Yo entiendo que es importante reportar cambios médicos o dental de mi hijo(a) al dentista, y yo estoy de acuerdo a hacerlo. Yo doy permiso al dentista a obtener información adicional de le doctor de mi hijo(a) tratándose del historial médico necesario para proveer tratamiento dental. Doy mi consentimiento para el tratamiento y autorizo al dentista para realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarias para el cuidado dental apropiado.

**PERSONA COMPLETANDO ESTA FORMA**

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

Relación del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

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