



**Jeremy J. Larson, DMD LLC**  
 230 SE 2<sup>nd</sup> Street  
 Hermiston, OR 97838  
 (541) 567-8229

*¡Bienvenido a nuestra consulta! Nos esforzaremos por  
 prestarle a su hijo(a) la mejor atención dental posible.  
 Nuestra meta es enseñarle a su hijo(a) buenos hábitos de su  
 cuidado dental para mantener su sonrisa bella de por vida.*

Fecha \_\_\_\_\_

No. de paciente \_\_\_\_\_

**Información de su Hijo(a)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sex  M  F

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres  Soltero (a)  Casado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)  Separado (a)

Persona responsable por hacer citas \_\_\_\_\_ Preferencia:  Particular  Celular  Correo electrónico

**Parte Responsable**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sex  M  F

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

No. de licencia de conducir o identificación \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

**Madre**  **Madrastra**  **Tutora**

Nombre \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ No. de licencia de conducir o identificación \_\_\_\_\_

**Padre**  **Padrastra**  **Tutor**

Nombre \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ No. de licencia de conducir o identificación \_\_\_\_\_

**Información del Seguro**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

¿Tiene algún seguro adicional?  Sí  No Si la respuesta es sí, llene lo siguiente:

**Seguro adicional**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

## Hábitos de su Hijo(a)

Con qué frecuencia se sevilla los dientes \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia usa hilo dental \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de su ultimo examen \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Medico de cabecera \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

¿Tiene floururo el agua de su hijo(a)?  Sí  No

¿Su hijo(a) toma suplementos de fluoruro?  Sí  No

Su hijo(a):

Chupa el dedo

Muerde los labios

Muerde las uñas

Muerde objetos duros (lápices, etc.)

Muele los dientes

Aprieta los dientes

## Historia Medica

¿Su hijo(a) ha tenido dificultad con visitas dentales anteriormente?

\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) tos persistente o carraspeo que no sea debido a una enfermedad (que dure mas de 3 semanas)?  Sí  No

¿Su hijo(a) alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux?  Sí  No

Ha tenido su hijo(a) alguno(s) de lo siguiente:

Asma

Hemofilia

Defectos Cardíacos Congénitos

Sangrado anormal

Cancer

Diabetes

Impedimento o discapacidad

Soplos en el corazón

Hepatitis

Alergias

Convulsiones/Epilepsia

Sida o VIH

Fiebre reumática

Tuberculosis

Por favor explique qual cualquier problema medico que su hijo(a) tenga \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

(por favor haga una lista de cualquier medicamento que su hijo(a) este tomando)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ALERGIAS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Authorization para divulgar o compartir datos

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo(a). Entiendo que es mi responsabilidad informarle al dentista si hay algún cambio en la salud y/o en los medicamentos que mi hijo(a) toma. Autorizo que el dentista y/o su personal proporcione mi informacion (incluyendo el diagnosis y los archivos) de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi hijo(a) durante su cuidado dental, a personas terceras (pagadores y/o otros profesionales médicos). Autorizo y pido que mi compañía de seguros pague cualquier beneficio debido a mi, directamente a el consultorio del dentista. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la cantidad en la factura y estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los cargos por servicios proporcionados a mi o mis dependientes.

X

Firma del Paciente (o padre(madre)/tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

Comentarios del Doctor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_