



Formas para Pacientes Nuevos

Bienvenido!

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

¿A quién le podemos agradecer por su referencia? _____

Las secciones en cursiva son necesarias para CADA paciente. Todas las otras secciones se pueden utilizar para varios pacientes dado a que su nombre se dé a conocer en los campos requeridos. La información en NEGRITA es necesaria. Si el papeleo está incompleto, nos reservamos el derecho de no ver al paciente.

Información para el paciente:

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección de la casa del niño: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono _____ Número Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino/Femenino Apodo: _____

Por favor marque si su hijo ha sido tratado por alguna de las siguientes:

Historia de Salud:

Dentista Anterior: _____ Ultima Visita: _____ Radiografías? Si/No Floruro? Si/No

Nombre del médico del niño: _____ Teléfono: _____

Se requiere que tengamos la información pediatra en archivo

Su hijo ha tenido algún problema de salud? Si es así, por favor explique: _____

¿Su niño ha estado hospitalizado? Si es así, por favor explique: _____

¿Es su niño alérgico a algo? Si es así, por favor explique: _____

¿Su hijo sufre una hemorragia excesiva? Si es así, por favor explique: _____

¿Está su hijo tomando algún medicamento? Si es así, por favor explique: _____

¿Hubo algún problema de salud al nacer? Si es así, por favor explique: _____

****Zonas destacadas requerirán una autorización médica****

Otro: _____

HIPAA:

* Véase la Notificación de Prácticas de Privacidad *

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estoy de acuerdo de que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Young & Polite Children's Dentistry.

Firma del tutor legal*: _____ Fecha: _____

(For Office Use: We were unable to obtain a written acknowledgement of receipt Notice of Privacy Practices because:

Table with 8 columns: S/ N, Enfermedad del Corazón, S/ N, Discrasias Sanguíneas, S/ N, Fiebre Reumática, S/ N, Defectos Congénitos de Nacimiento, S/ N, Sarampión / Paperas, S/ N, Abuso de Drogas / Alcohol, S/ N, Sangrado / Transfusiones, S/ N, Tuberculosis, S/ N, Anemia, S/ N, Enfermedad Renal, S/ N, Retrasos Mentales, S/ N, Convulsiones / Epilepsia, S/ N, ADD/ADHD, S/ N, Enfermedad de la Tiroides, S/ N, Cáncer / Tumores, S/ N, Síndrome de Down, S/ N, Hígado/ Enfermedad Gastrointestinal, S/ N, Asma, S/ N, Parálisis Cerebral, S/ N, Infecciones Frecuentes, S/ N, Labio Leporino / Paladar Hendido, S/ N, Deficiencia de la Vejiga, S/ N, Dolores de cabeza, S/ N, SIDA/HIV, S/ N, Hepatitis, S/ N, Personalidad / Social, S/ N, Desmayo, S/ N, Other _____

Prepared by: _____ Signature: _____ Date: _____)

Gracias por elegir Young & Polite Children's Dentistry como el nuevo hogar dental de su hijo.

7215 Lebanon Road Ste F. Mint Hill, NC 28227
704.248.0229(p) 704.545.3705 (f)
www.youngandpolite.com youngandpoliteminhill@gmail.com



HIPAA:

*** Véase la Notificación de Prácticas de Privacidad ***

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Estoy de acuerdo de que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Young & Polite Children's Dentistry.

Firma del tutor legal*: _____ **Fecha:** _____

(For Office Use: We were unable to obtain a written acknowledgement of receipt Notice of Privacy Practices because:

Prepared by: _____ Signatura: _____ Date: _____

7215 Lebanon Road Ste F. Mint Hill, NC 28227
704.248.0229(p) 704.545.3705 (f)
www.youngandpolite.com youngandpoliteminthill@gmail.com

