

**Dentistry for Children**  
Michael & Chan Smiles Ltd.  
850 I St. • Sparks, NV 89431

**Registracion E: historia medica del nino**

Nombre complete del nino \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nino \_\_\_ Nina \_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Primera visita al dentist? \_\_\_\_\_

1. Esta su nino bajo el cuidado del doctor por cualquier problema medico? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_  
Que?: \_\_\_\_\_
2. Esta su nino tomando medicinas, incluyendo anticonceptivos? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_  
Que?: \_\_\_\_\_
3. Ha estado su nino en el hospital o ha tenido cirugia? Para que? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_  
Que?: \_\_\_\_\_
4. Tiene su nino alguna alergia a comida o medicina? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_  
Que?: \_\_\_\_\_
5. Hay mas ninos es su familia? \_\_\_\_\_ Cuantos? \_\_\_\_\_

**Asido su nino diagnosticado con problema medicos, mentales o condiciones emocionales?**

Si	No		Si	No		Si	No	
		Asma (Asthma)			Alergias (allergies)			Convulsiones (convulsions)
		Sensitividad a una droga (drug sensitivities)			Mareos (dizziness)			Diabetes (diabetes)
		Problemas del Corazon (heart trouble)			Epilepsia (Epilepsy)			Tuberculosis
		Hemorragias (Bleeding problems)			Hepatitis			Problemas del rinon(kidney/liver)
		MRSA			Sida (HIV)			Otros (other)

Comentarios del padre: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Codigo postal: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Quien lo refirio a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Cubrira su aseguranza el tratamiento dental: Si \_\_\_ No \_\_\_ Porfavor de completar la siguiente informacion.

**PRIMERA ASEGURANZA**

Nombre del empleado	Relacion del empleado	Sexo	Fecha de nacimiento	Seguro Social
Nombre de la compania y direccion	Nombre del plan dental	# de union/grupo		Direcion de Aseguranza

**SEGUNDA ASEGURANZA**

Nombre del empleado	Relacion del empleado	Sexo	Fecha de nacimiento	Seguro Social
Nombre de la compania y direccion	Nombre del plan dental	# de union/grupo		Direcion de Aseguranza

Yo he revisado el plan de tratamiento. Yo autorizo y doy la informacion a la relacion de esta formal. Yo entiendo que tambien soy responsable por todo el costo del tratamiento que ha hecho a mi hijo(s).

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado**

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

**ACUERDO FINANCIERO**

Los pagos se hacen el dia de la cita. Por su conveniencia nosotros ofrecemos los siguientes metodos de pagos. Por favor de marcar lo que usted prefiere.

- Efectivo
- Cheques Personales
- Porcion de Aseguranza

Yo Autorizo:

Yo autorizo que el dentista de cualquier informacion incluyendo los diagnosticos y archives de cualquier tratamiento o examines que han hecho durante el periodo dental a la aseguranza, orto dentista or doctor.

Yo Autorizo que mi aseguranza pague directamente al dentista los beneficios que se han hecho en el tratamiento de mis hijo(s).

Yo Autorizo que el dentista use mi firma para las formas dentales que sean expedidas por la computadores.

Yo entiendo que la aseguranza puede pagar menos por los servicios actuales. Yo entiendo que sere responsable por todos los pagos que no fueron cubiertos por la aseguranza.

Si no pago el balance complete en menos de 60 dias, sera un cargo de 1.5% por cada mes que siga el balance. Yo entiendo que si no continuo con los pagos mensuales el doctor no continuare el tratamineto del paciente hasta que la cuenta este pagada. Excepto en casos de emergencia los pagos seran hechos completos. Y esto y de acuerdo que si la cuenta se transfiere a colecciones yo pagare los costos del abogado y cuentas con balances.

Padres que desean estar en el cuarto de tratamiento tendran que conferir con el doctor. Trataremos su nino como si fuera nuestro.

X \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o guardo**

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

**Reviewed by** \_\_\_\_\_  
**Staff member's signature**

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

Nuestra practica esta comprometida a dar el mejor tratamiento possible para el paciente y nosotros cargamos lo usual y costumario en nuestra area. Usted es responsable por todos los pagos completos aun siendo la determinacion de su aseguranza usual y costumario.