

Dr. Ritu Bhardwaj, DDS

620 E. Alvin Dr. #E
Salinas, CA 93906
(831) 449-8363



Nos gustaría darle la bienvenida a usted y a su hijo/a a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer que cada visita del niño/a sea agradable y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Nos esforzamos por enseñar un buen cuidado bucal que permita a su hijo/a tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida.

Acerca de Su Hijo/a

Fecha de hoy: _____
Nombre del niño/a: _____ Apellido Nombre SI
Fecha de nac. del niño/a: _____ Edad del niño/a: _____
Apodo: _____ Masculino Femenino
Escuela: _____ Grado: _____
Tel. del niño/a: _____ # SS: _____
Dirección del niño/a: _____
_____ Ciudad Estado C.P.
Correo electrónico: _____

¿Quién acompaña al niño/a hoy?

Nombre: _____ Parentesco: _____
¿Tiene la custodia legal de este niño/a? Sí No
¿Es adoptado/a? Sí No ¿Está en un hogar de acogida? Sí No
¿A quién podemos agradecer por referirle? _____
Otros hermanos atendidos por nosotros: _____
Dentista anterior / actual: _____
Fecha de última visita: _____
Estado civil de los padres: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a En pareja Separado/a

Información de los Padres

Madre **Madrastra** **Tutor/a**
Nombre: _____ Fecha de nac.: _____
Correo electrónico: _____
Cel.: _____ Tel. casa: _____
Empleador: _____ Tel. trabajo: _____
SS: _____ # Lic.: _____

Padre **Padrastra** **Tutor**
Nombre: _____ Fecha de nac.: _____
Correo electrónico: _____
Cel.: _____ Tel. casa: _____
Empleador: _____ Tel. trabajo: _____
SS: _____ # Lic.: _____

Responsable de la Cuenta

Nombre: _____ Parentesco: _____
Dirección de facturación: _____
_____ Ciudad Estado C.P.
Tel. trabajo: _____ Ext: _____ Tel. casa: _____
Empleador: _____
Lic.: _____ # SS: _____

¿Quién es responsable de hacer las citas?

Nombre: _____
Tel. trabajo: _____ Ext: _____ Tel. casa: _____

Seguro Dental Primario

Nombre de la aseguradora: _____
Dirección de la aseguradora: _____
Teléfono de la aseguradora: _____
de grupo (Plan, Local o Póliza #): _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Parentesco con el paciente: _____
Fecha de nac. del titular: _____ # de ID: _____
Empleador del titular: _____
Dirección del empleador: _____
¿Cobertura de ortodoncia? Sí No

Seguro Dental Secundario

Nombre de la aseguradora: _____
Dirección de la aseguradora: _____
Teléfono de la aseguradora: _____
de grupo (Plan, Local o Póliza #): _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Parentesco con el paciente: _____
Fecha de nac. del titular: _____ # de ID: _____
Empleador del titular: _____
Dirección del empleador: _____
¿Cobertura de ortodoncia? Sí No

¿Por qué trajo al niño/a al dentista hoy?

¿Ha tenido el niño/a algún problema serio/difícil asociado con trabajo dental previo? Sí No
¿El agua del niño/a está fluorada? Sí No
¿El niño/a está tomando suplementos de flúor? Sí No
¿Ha tenido el niño/a algún dolor/sensibilidad en la articulación de la mandíbula (ATM)? Sí No
¿El niño/a se cepilla los dientes diariamente? Sí No
¿Usa hilo dental diariamente? Sí No
Médico del niño/a: _____
Teléfono: _____ Fecha de última visita: _____
¿El niño/a está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No
Describe la salud física actual del niño/a: Buena Regular Mala
¿Ha tomado el niño/a Fosamax, Actonel, Boniva u otro bisfosfonato? Sí No

Liste todos los medicamentos que el niño/a está tomando actualmente:

Aparte de lo indicado abajo, liste todos los medicamentos/cosas a las que el niño/a es alérgico/a:

Látex Sí No Metales/Níquel Sí No Plástico Sí No

¿Ha tenido el niño/a alguno de los siguientes problemas médicos?

S N Sangrado anormal	S N Discapacidades
S N TDA / TDAH	S N Problemas de audición
S N Anemia	S N Soplo cardíaco
S N Hospitalizaciones	S N Hemofilia
S N Operaciones	S N Hepatitis
S N Huesos/articulaciones/válvulas artif.	S N Urticaria
S N Asma	S N VIH+ / SIDA
S N Cáncer	S N Problemas renales/hepáticos
S N Varicela	S N Sarampión
S N Defecto cardíaco congénito	S N Mononucleosis
S N Convulsiones	S N Fiebre reumática/escarlatina
S N Diabetes	S N Enfermedad células falciformes
S N Epilepsia	S N Erupciones cutáneas
S N Expuesto al VIH, pero negativo	S N Tuberculosis (TB)

¿Las vacunas del niño/a están al día? Sí No
¿Algo que le gustaría discutir con el doctor en privado? Sí No

Discuta cualquier problema médico serio que el niño/a haya tenido:

¿El niño/a experimenta/experimentó alguno de lo siguiente?

S N Chuparse/morderse los labios S N Hábitos con biberón
S N Morderse las uñas S N Chuparse el dedo
¿Fue el niño/a amamantado/a? Sí No

Nuestra oficina cumple con HIPAA y está comprometida a cumplir o superar los estándares de control de infecciones establecidos por OSHA, los CDC y la ADA.

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta según mi mejor conocimiento. Se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo/a pueda necesitar.

Mi método de pago será: _____

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Certifico que mi hijo/a está cubierto/a por _____ compañía de seguros y asigno directamente al Dr. _____ todos los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos a mí. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. Por la presente autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguro, ya sean manuales o electrónicas.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha