

William J. Heimann, D.D.S.
1526 W. Glendale Avenue, Suite 103
Phoenix, Arizona 85021-8576
(602)864-1080 Fax (602)864-7036

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Odontología para infantes, niños, y adolescentes

Fecha de Hoy _____

Nombre del Niño _____ M _____ F _____ Sobrenombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Nombre y Edades de Hermanos y Hermanas _____

Dentista anterior del niño _____ Domicilio _____

Doctor del niño _____ Domicilio _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social _____

Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Domicilio _____ Ciudad _____

Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono de casa _____

Domicilio de correo si es diferente _____

Padre es empleado por _____

(Si usted está empleado por si mismo, nombre del negocio)

Ocupación _____ Domicilio del Negocio _____ Teléfono _____

Madre es empleado por _____

(Si usted está empleado por si mismo, nombre del negocio)

Ocupación _____ Domicilio del Negocio _____ Teléfono _____

Referido por _____

Pariente o Amigo Mas Cercano _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Compañía de aseguranza si tiene _____

Numero de Tarjeta de Garantia del Banco _____

Aunque estemos contentos de llenar las formas de aseguranza para usted, esperamos pago de parte de los cargos al tiempo de servicios que se le han hecho. Le daremos un presupuesto del costo o mandaremos una pre-autorización de los cargos.

Entiendo que soy responsable de pagar cualquier cargo por servicios dentales que fueron hechos al niño nombrado arriba. Todos los servicios y el costo será discutido conmigo antes de que se le haga algún trabajo.

Firma _____

Fecha _____ Relación _____

E-Mail: _____

Providing Healthy Smiles for Infants, Children & Teenagers
 William J. Heimann, D.D.S.
 1526 W. Glendale Avenue, Suite 103
 Phoenix, Arizona 85021-8576
 (602)864-1080 Fax (602)864-7036

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Las respuestas a estas preguntas son de gran valor
 Y nos ayudaran a tener mayor conocimiento de su jiho.

- | | Marque Uno | |
|--|------------|----|
| | Sí | No |
| 1. ¿Su hijo está en Buena salud? Sí no, por favor explique _____ | Sí | No |
| <hr/> | | |
| 2. ¿Su hijo ha tenido una historia de epilepsia; problemas de: corazón; alergias; diabetes; asma; riñones; hígado, o desorden del tiroides; retrasado mental; sangradura prolongada, o hepatitis? (subraye la condición) | Sí | No |
| 3. ¿Cuál enfermedad de niños ha tenido su hijo (subraye la condición) saramión paperas, viruela loca, tos ferina, otro _____ | | |
| 4. ¿Su hijo ha tenido transfusión de sangre, ha donado productos sanguíneos o ha sido examinado para el SIDA? | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo ha tenido historia de Dolores de los oídos, dolor de garganta o tonsillitis? _____ | Sí | No |
| 6. ¿Le han dado oxígeno a su hijo o ha estado bajo anestesia general, o ha tendido cirugía? ¿Cuándo? _____ | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo ha tenido una reacción mala a alguna medicina o droga, incluyendo antibióticos, o anestesia local? Explique _____ | | |
| 8. ¿Su hijo esta alérgico a alguna comida o medicina? ¿Cuál? _____ | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo ha tenido sensibilidad a productos de latex? _____ | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo tiene algunos problemas especiales que nosotros debemos saber? _____ | Sí | No |
| 11. Fecha de la última consulta dental _____ | | |
| 12. ¿Su hijo ha tenido historia de mamarse el dedo gordo, chuparse dedos o labios o comerse las uñas? | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo ha tenido historia de no tener dientes (molacho)? _____ | Sí | No |
| 14. ¿Como cree usted que su hijo reaccione al dentista? _____ | Sí | No |
| 15. ¿Su hijo ha tenido una mala experiencia en una oficina médica o dental? _____ | Sí | No |
| 16. ¿Su hijo está tomando alguna medicina? (Qué clase, de la razón, y por que la toma) _____ | | |
| <hr/> | | |
| 17. ¿Cuáles son los intereses de su hijo? (animals domésticos, pasatiempos, etc.) _____ | | |
| <hr/> | | |
| 18. Por favor denos cualquier información que usted cree nos ayudará a tartar y conocer a su hijo. | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |

William J. Heimann D.D.S.
1526 W. Glendale #103
Phoenix, AZ 85021

Noticia De Privacidad

Esta es un aviso de como su cuidado Deltal/Medio puede ser usado y com ousted puede tener acceso a la informacion. Por favot de leer cuidadosamente y firmar.

Yo entiendo que como parte de mi cuidado dental esta organizacion mantiene mis datos dentales para describer mi historial medico para futuros tratamientos dentales. Yo entiendo que esta informacion es usada para:

- *Se basa para planificar cuidados dentales.
- *Para mantener informacion entre los profesionales dentales que contribuyen en mi cuidado dental.
- *Es una forma de saver que una tercera persona puede confimar que los servicios que proveemos son los correctos.
- *Esta es una herramienta para proveer cuidados dentales operatorios que son revisados por profesionales dentales.

Yo entiendo la Notocia de Privacidad que recivi del Dr. William J. Heimann.

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Relacion con el paciente _____

Firma _____

Me gustaria que las siguientes personas tuvieran acceso a mi informacion dental/medica.

Nombre _____ Relacion con el paciente _____

Nombre _____ Relacion con el paciente _____