



## Hewitt Kids Dental

113 Burnett Ct.  
Woodway, TX 76712  
P: 254-224-6008  
F: 254-224-6022

### Hoja de información:

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ NOMBRE INICIAL APELLIDO  
Edad: \_\_\_\_\_ **Genero: Masculino o Femenino**  
Tel. 1: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. 2: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Confirmacion de Texto o Correo Electronico? \_\_\_\_\_

Medicaid de Paciente (*por favor marque*) MCNA/CHIPS, DENTAQUEST/CHIPS, TRADITIONAL ID # \_\_\_\_\_

Otros hermanos atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Quién acompaña al paciente hoy?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres (*por favor marque*) Solteros, Casados, Viudos, Divorciados, Separados

### Información de Padre: (*por favor marque*) **Padre, Padrastro, Guardián**

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento de usted: \_\_\_\_\_

Tel. Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguro# \_\_\_\_\_

Número de grupo# \_\_\_\_\_

### Información de Madre: (*por favor marque*) **Madre, Madrastra, Guardián**

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento de usted: \_\_\_\_\_

Tel. Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguro# \_\_\_\_\_

Número de grupo# \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



## Hewitt Kids Dental

113 Burnett Ct.  
Woodway, TX 76712  
P: 254-224-6008  
F: 254-224-6022

A quién debemos agradecerle que lo refiriera? \_\_\_\_\_

Dentista anterior/Presente: \_\_\_\_\_ Última visita: \_\_\_\_\_

Porqué trajo al paciente al dentista hoy? \_\_\_\_\_

Actualmente tiene dolor el paciente? **SI** o **NO**

Necesita el paciente antibióticos antes de recibir tratamiento dental? **SI** o **NO**

Ha tenido el paciente problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales anteriormente? **SI** o **NO**

Médico del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor de anotar los medicamentos que esta tomando actualmente el paciente: \_\_\_\_\_

Por favor de anotar las reacciones alergicas a medicamentos o otras alergias: \_\_\_\_\_

### **Por favor marque si es alergico: LÁTEX, METALES, PLÁSTICOS, O TINTE ROJO**

#### **Ha tenido el paciente alguno de los siguientes problemas?**

ADD/ADHD **Si o No**

Hospitalización/Operaciones? **Si o No**

Huesos/Coyunturas/Válvulas artificiales **Si o No**

Asma **Si o No**

Cáncer **Si o No**

Defecto congénito del corazón **Si o No**

Convulsiones **Si o No**

Diabetes **Si o No**

Epilepsia **Si o No**

Discapacitación/Minusvalía **Si o No**

Problemas de audición **Si o No**

Soplo del corazón **Si o No**

Alta presión **Si o No**

Ronchas **Si o No**

Problemas con los riñones **Si o No**

Prolapsia de la válvula mitral **Si o No**

Fiebre reumática **Si o No**

Tuberculosis **Si o No**

#### **El paciente ha tenido alguna(s) de los siguientes habitos?**

Alimentado pecho **Si o No**

Mordisquear objetos **Si o No**

Rechinar los dientes **Si o No**

Morderse los labios **Si o No**

Respirar por la boca **Si o No**

Morderse las uñas **Si o No**

Tomar en botella **Si o No**

Problemas de hablar **Si o No**

Chuparse/ morderse los labios **Si o No**

Usar Chupón **Si o No**

Por favor de anotar cualquier problema grave medico que el paciente tenga o tiene:

Nuestra oficina cumple con las normas HIPPA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA. Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el paciente.

**Firma del padre or guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Hewitt Kids Dental

113 Burnett Ct.  
Woodway, TX 76712  
P: 254-224-6008  
F: 254-224-6022

---

### Ley de Responsabilidad de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad(HIPAA)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

HIPAA es un acrónimo para la Ley de Responsabilidad de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad. La porción de Simplificación Administrativa de HIPAA requiere que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. establezca estándares nacionales para transacciones electrónicas de cuidado de la salud e identificadores nacionales para proveedores, planes de seguro y empleados. También se ocupa de la seguridad y privacidad de datos de salud.

El Aviso de Privacidad de Hewitt Kids Dental describe que las políticas de Hewitt Kids Dental en respecto a HIPAA. Este aviso describe cómo la información sobre usted y su hijo/a puede ser usado y divulgada y como puede tener acceso a esta información. Por favor de revisarla con cuidado y firme abajo.

**Si, leí el Aviso de Practicas de Privacidad de Hewitt Kids Dental.**

Firma del padre/guardian \_\_\_\_\_

Relacion con la nina/nino \_\_\_\_\_

Imprima su nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_