

• **¿Su niño ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?** *(Has your child had any of the following medical problems)*

Sangrado Anormal <i>(Abnormal Bleeding)</i>	Sí No	Convulsiones o epilepsia <i>(Convulsions /Epilepsy)</i>	Sí No	Asma <i>(Asthma)</i>	Sí No
Diabetes	Sí No	ADD / ADHD	Sí No	Lupus	Sí No
Soplo en el Corazón <i>(Heart Murmur)</i>	Sí No	Cáncer	Sí No	Hepatitis	Sí No
HIV+ /AIDS	Sí No	Reumática o la Escarlatina <i>(Rheumatic / Scarlet Fever)</i>	Sí No	Hemofilia <i>(Hemophilia)</i>	Sí No
Cualquier Operación <i>(Any Operations)</i>	Sí No	Discapacidad Auditiva <i>(Hearing Impaired)</i>	Sí No	Tuberculosis (TB)	Sí No
Alérgico al plástico <i>(Allergic to Plastic)</i>	Sí No	Alérgico al Látex <i>(Allerg. to Latex)</i>	Sí No		
Cualquier Estadías en el hospital <i>(Handicaps/Disabilities)</i>	Sí No	Desventajas o discapacidades <i>(Any Hospital stays)</i>	Sí No		
Problemas renales o hepáticos <i>(Allergic to any drugs)</i>	Sí No	Las Alergias a alguna Droga <i>(Problems with the Liver/Kidney)</i>	Sí No		
Defecto Congénito del Corazón <i>(Congenital Heart Defect)</i>	Sí No				
Las Articulaciones Artificiales, Huesos o Válvulas <i>(Artificial Bones, Joints, and/or Valves)</i>			Sí No		

Por favor discuta cualquier problema médico que haya tenido su hijo *(Please discuss any medical problems that your child has had)*

Nombre del pariente más cercano que no viva con usted *(Nearest relative not living with you)*

Nombre *(Name)*: \_\_\_\_\_ Relación *(Relation)*: \_\_\_\_\_  
Teléfono *(phone #)* (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel.de Trabajo *(Wk #)*: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. *(I understand that the information that I have given is correct to the best of my knowledge, that it will be held in the strictest of confidence and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status.)*

Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado de crédito de los pacientes y / o padres de los pacientes antes de la ampliación de crédito para gastos de tratamiento posibles, y puede, según el criterio de esta oficina, utilizar los servicios de uno o varios servicios de información de crédito. *(This office reserves the right to verify the credit status of potential patients and/or parents of patients prior to extending credit for treatment fees and may, at the discretion of this office, use the services of one or more credit reporting services)*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardian *(Signature of parent/guardian)* Fecha *(Date)*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardian *(Signature of parent/guardian)* Fecha *(Date)*

Si esta oficina acepta el seguro, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados y también responsable de pagar cualquier co-pagos y deducibles que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo el pago de los beneficios de seguro de grupo directamente a esta oficina. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro, ya sea manual o electrónico. *(If this office accepts insurance, I understand that I am responsible for payment of services rendered and also responsible for paying any co-payments and deductibles that my insurance does not cover. I hereby authorize payment of the group insurance benefits directly to this office. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions, whether manual or electronic.)*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardian *(Signature of parent/guardian)*

\_\_\_\_\_  
Fecha *(Date)*

El padre o guardián que acompaña al niño es responsable del pago. Nuestra oficina está HIPAA compatible y se ha comprometido a cumplir o superar los estándares de control de la infección por mandato de la OSHA, el CDC y la ADA. *(The parent of guardian who accompanies the child is responsible for payment. Our office is HIPAA compliant and is committed to meeting or exceeding the standards of infection control mandated by OSHA, the CDC and the ADA.)*

I verbally reviewed the medical/dental information with the parent/guardian and patient named herein.

Doctors Comments: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_