

Bienvenido de nuevo!!!
ESTAMOS MUY CONTENTOS DE VER A SU
CITA DE LIMPIEZA

POR FAVOR, ACTUALICE DE CUALQUIER CAMBIO O NOTICIA ESPECIAL ...

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

¿SE HAN MUDADO DESDE LA ÚLTIMA VEZ QUE NOS VIMOS? ___SI ___NO

DIRECCIÓN DE LA CASA NUEVA: _____

Teléfono de casa # _____ **Teléfono móvil #** _____ **Teléfono del trabajo #** _____

Correo electrónico de padre _____

Texto correo electrónico confirmación de Cita ok?

* Tenga en cuenta para la comunicación por correo electrónico, revise y acepte la divulgación: Elijo recibir comunicación por correo electrónico o mensaje de texto según lo seleccionado y entiendo que si la información no se transmite de forma cifrada, existe el riesgo de que se acceda de manera inapropiada.

¿LA HISTORIA DE SALUD DEL NINO/A HA CAMBIADO DESDE SU ÚLTIMA VISITA? ___SI ___NO

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿SU HIJO/A ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? ___SI ___NO Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿EL NIÑO/A ESTÁ TOMANDO EL FLUORURO? ___SI ___NO

SOMOS SINCEROS!!! Por favor, infórmenos de **NOTICIAS ESPECIAL** sobre su hijo/a.....

La Doctora Amy y su personal bienvenida a sus comentarios y/o sugerencias para hacer que el niño/a la visita tan agradable como sea posible:

¿SU SEGURO DENTAL HA CAMBIADO DESDE SU ÚLTIMA VISITA? ___SI ___NO

Si la respuesta es sí, por favor, actualice los siguientes:

Nombre del tenedor de la póliza _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

El empresario Titular Política _____

Compañía de Seguros _____ Grupo # _____ ID# _____

Continuar a la página siguiente →

¿ SU HIJO TIENE UN SEGURO SECUNDARIO? ____SI ____NO

Escriba sus iniciales para indicar que comprende que, según la política financiera firmada previamente, presentamos su seguro dental **PRIMARIO** como cortesía, pero no aceptamos seguros secundarios. Si tiene cobertura secundaria a través de una póliza privada, estaremos encantados de proporcionarle la documentación necesaria para que la presente. Si tiene cobertura secundaria a través de NC Medicaid, tenga en cuenta que si desea utilizarla, debe ser con un proveedor que presente tanto seguro primario como secundario. _____

Doy mi consentimiento a las siguientes personas a llevar a mi niño/a a su futuro citas:

Firma De Mama o Papa _____ FECHA _____

LEGAL Mama o Papa ____SI____NO Si no, ¿cuál es su relación con paciente? _____

*Solo un recordatorio amistoso: valoramos la privacidad de nuestros pequeños pacientes y sus familias. Le pedimos que evite tomar fotos y grabar en nuestra oficina.