



**GOODLETTSVILLE**

206 RIVERGATE PARKWAY  
SUITE A  
GOODLETTSVILLE, TN 37072  
PHONE: 615.859.9994  
FAX: 615.859.9939

**NASHVILLE**

2011 CHARLOTTE AVE  
SUITE A  
NASHVILLE TN, 37203  
PHONE: 615.327.0322  
FAX: 615.320.5719

**MT. JULIET**

5003 CROSSING CIRCLE  
SUITE 100  
MT. JULIET, TN 37122  
PHONE: 615.553.4125  
FAX: 615.553.4133

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ PADRE PADRASTRO GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERA ( ) CASADA ( ) SEPARADO ( ) DIVORCIADA ( ) VIUDA ( ) OTRO ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL PADRE (CASA) \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_ CELLULAR \_\_\_\_\_

EMPLEO DEL PADRE \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ CORREO ELETRONICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ MADRE MADRASTRA GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERA ( ) CASADA ( ) SEPARADO ( ) DIVORCIADA ( ) VIUDA ( ) OTRO ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA MADRE (CASA) \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_ CELLULAR \_\_\_\_\_

EMPLEO DE LA MADRE \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, NOMBRE Y TELEFONO DE FAMILIAR O AMIGO CERCAÑO (QUE NO VIVA CON USTED)**

**QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA?**

CUANTOS NIÑOS? \_\_\_\_\_ EDADES \_\_\_\_\_ TIENE SEGURO DENTAL? NOMBRE \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen medico? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR INDIQUE LA RAZON PARA SU VISITA HOY:**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> CHEQUEO RUTINARIO | <input type="checkbox"/> SANGRADO ALREDEDOR DE DIENTE | <input type="checkbox"/> HINCHAZON EN LA CARA   | <input type="checkbox"/> APRETADURA DE DIENTES |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE DIENTE   | <input type="checkbox"/> APARIENCIA DEL DIENTE        | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN EL DIENTE | <input type="checkbox"/> OTRO: _____           |

Como usted siente que su niño reaccionara al dentista? \_\_\_\_\_

Su niño ha vistado a un dentista antes? \_\_\_\_\_

Su niño se relaciona bien con otros niños? \_\_\_\_\_

Su niño se relaciona bien con los adultos? \_\_\_\_\_

Usted siente que su niño necesitara cuidado especial? \_\_\_\_\_

Usted siente que su niño (a) necesitara frenos? \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardian legal para niño (a) menores de edad: \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA:** Ningun paciente menor de 18 años puede ser dejado en la oficina sin supervision. Padre ó Guardian tiene que estar presente en la oficina en el transcurso de su cita ó no se hara ningun tratamiento al paciente. TODOS LOS PAGOS SON DEBIDOS EL DIA DE SU CITA Y AL MOMENTO QUE SE REGISTRE EN LA VENTANILLA.