



Cima Mazar-Atabaki  
Board Certified Pediatric Dentist

24541 Pacific Park Drive Suite 104  
Aliso Viejo, CA 92656  
(949) 362-9860

### Novedad De Hisotria Medica

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

### Novedad De Historia Medica

¿Algún cambio en el historia médico de su hijo(a)  Sí  No (En caso afirmativo) explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) actualmente tomando algún medicamento?  Sí  No (En caso afirmativo) explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia nueva a los medicamentos?  Sí  No (En caso afirmativo) explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

### Novedad De Hisotria Dental

¿Algún cambio en el historia dental de su hijo(a)  Sí  No (En caso afirmativo) explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

¿Ha habido alguna lesión en los dientes, boca, cabeza o cuello?  Sí  No (En caso afirmativo) explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

¿ Su hijo(a) visto un ortodoncista?  Sí  No(En caso afirmativo) Nombre del practicante \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier problema que desee informar al doctora \_\_\_\_\_

### Novedad De Historia Familiar

Cuál es la relación al Paciente?  Biológico  Adoptivo  Niñera  Otro

¿Hay algún cambio en el seguro dental?  Sí  No (En caso afirmativo) Nombre de aseguranza neuva: \_\_\_\_\_

Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_

Póliza/SS# \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Hay algún cambio en su información de contact?  No  Sí (En caso afirmativo) Domicili \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero celular de Mama \_\_\_\_\_ Numero celular de Papa \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Asumo la responsabilidad financiera de todos los tratamientos dentales proporcionados para mi hijo y entiendo que el pago se espera en la fecha en que se brindan los servicios. Solicito y autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista, los beneficios del seguro que de otra manera me serían pagaderos. Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos de la factura real por los servicios y, por lo tanto, soy el responsable final del pago de los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes.

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la Doctora \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_