Hi Alison,

 Thank you for your message. My husband and I are looking for a full time nanny and my due date is June 13th. I'm only planning on taking 2 weeks maternity leave so we would be looking to hire someone in the mid/end of June. Just a little bit about the positiujon - My husband and I both work full-time and own our own businesses. The hours would be 6:45 a.m. until 6:00 p.m. Tuesday-Thursday and Monday for about a half a day to total 40 hours. We live in University Club Plantation in Baton Rouge and the position would be for you to come to our house and watch our little one during these hours. If you feel that this is what you are looking for, please let me know and we can set up a time to interview. We are hoping for this to be a long-term position. Hope to hear from you soon.

Erin & Josh

Nos gustaría dar la bienvenida a su hijo a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer que la visita de cada niño sea agradable y educativa. Nuestra práctica se basa en la atención preventiva. ¡Nos esforzamos por enseñar una buena higiene bucal que permita a su hijo tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

Nos gustaría dar la bienvenida a su hijo a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer que la visita de cada niño sea agradable y educativa. Nuestra práctica se basa en la atención preventiva. ¡Nos esforzamos por enseñar una buena higiene bucal que permita a su hijo tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

www.AscensionSmiles.com

Niños Bienvenidos! Bienvenidos!BIDS!

Certifico que mi hijo está cubierto por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (compañía de seguro) y le asigno todos los beneficios de seguro que de otro modo se pagarían a mí. Entiendo que soy responsable del pago de servicios prestados y también responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi compañía de seguros no cubre. Por la presente autorizo al dentista a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos de seguro, ya sean manuales o electrónicos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma Fecha*

Persona responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil de los padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre #1 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre #2 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Madre/Padre Padrastro/Madrastra Guardián Madre/Padre Padrastro/Madrastra Guardián

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Si tiene seguro dental para su hijo, por favor llene a continuación: Si tiene seguro dental para su hijo, por favor llene a continuación:*

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Compañía de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ciudad Estado Código postal Ciudad Estado Código postal*

Número de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traspaso de los Beneficios del Seguro y Autorización para la Divulgación de Información

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *Primer Segundo Apellido*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Varón Hembra Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ciudad Estado Código postal*

¿Quién acompaña al paciente hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Tiene custodia legal del niño? Y N

¿A quién podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dentista anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ciudad Estado Código postal*

Primer Lenguaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de los Padres

Información general

Háblenos de su hijo

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. Se llevará a cabo con la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hijo. Autorizo ​​al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma de Padre/Guardian Fecha*

Nuestra oficina cumple con HIPAA y se compromete a cumplir o superar los estándares de control de infecciones establecidos por OSHA, CDC y ADA

**SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA**

He revisado verbalmente la información médica / dental anterior con el padre / tutor y el paciente mencionados aquí.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma del Dentista Fecha*

Comentarios del Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Por qué trajiste a tu hijo a ver al dentista hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Y N

¿Esta con dolor el paciente hoy?  

Requiere antibióticos antes de tratamiento

dental?  

¿Alguna vez ha tenido dificultades o problemas serios asociados con tratamientos dentales previos?  

¿El paciente tiene uso de agua fluorada?  

¿El paciente toma suplementos de fluoruro?  

Alguna vez ha padecido de algún dolor/sensibilidad en la mandíbula(TMJ)?  

¿Se cepilla los dientes diariamente?  

¿Usa hilo dental a diario?  

¿Está actualmente bajo tratamiento médico?  

Medico Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Ultima Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Describa la condición actual física de su niño:**

 Excelente  Media  Pobre

**Nombre de medicamentos actualmente usados:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de alimentos y medicinas a las que su niño es alérgico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Y N Alérgico a Látex Y N Alérgico al Metal

Y N Alérgico a Níquel Y N Alérgico al Plástico

**¿El niño ha tenido algunos de los problemas siguientes?**

Y N Sangramiento Anormal/ Y N Soplo Cardiaco

 Hemofilia Y N Hepatitis

Y N ADD/ADHD Y N Urticaria

Y N SIDA/HIV+ Y N Estadías hospitalarias

Y N Anemia Y N Problemas de Riñón

Y N Huesos/Articulaciones/Válvulas Y N Problemas de Hígado

 Artificiales

Y N Asma Y N Lupus

Y N Alta Presión Sanguínea Y N Sarampión

Y N Baja Presión Sanguínea Y N Prolapso de Válvula

Y N Cáncer Mitral

Y N Varicela Y N Mononucleosis

Y N Defecto cardiaco congénito Y N Operaciones

Y N Diabetes Y N Extremidad Prostética

Y N Epilepsia/Convulsiones Y N Fiebre Reumática

Y N Expuesto a HIV, pero Neg. Y N Fiebre Escarlatina

Y N Minusvalías / Discapacidades Y N Erupción Cutánea

Y N Discapacidad Auditiva Y N Tuberculosis (TB)

¿Inmunizaciones al día?  Yes  No

¿Hay algo que le gustaría discutir con la Dr. Erin en privado?  Yes  No

Por favor, discuta cualquier problema médico grave que su hijo experimenta/do:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo actualmente exhibe alguno de los siguientes?

Y N Lactancia Materna Y N Hábitos de Biberón

Y N Mastica Objetos Y N Problemas del Habla

Y N Aprieta/Cruje Dientes Y N Chuparse el Dedo

Y N Chupa/Muerde Labios Y N Chupa Lengua/Cachete

Y N Respiración Bocal Y N Empuja la Lengua

Y N Muerde/Come Uñas Y N Usa/Usaba Chupete

Historia dental Historial médica