

¡BIENVENIDO!

Con placer recibimos a su niño en nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño sea placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Deseamos enseñarle una buena higiene oral que le permita a su niño tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____ Edad: _____

Apodo: _____ Hombre Mujer

Escuela: _____ Grado: _____

Pasatiempos: _____

Teléfono Casa: (____) _____

de Seguro Social: _____

Dirección del niño: _____

Apt. / Condo

Ciudad

Estado

Código postal

Información general

¿Quién acompaña al niño hoy? _____

Nombre: _____ Relación: _____

¿Tiene Ud. custodia legal de este niño? Sí No

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros hermanos atendidos por nosotros: _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Información de los padres

Estado civil de los padres Solteros Casados Viudos Divorciados Separados

Padre Padrastro Tutor

Nombre: _____ Fecha de nac.: ____/____/____

Dirección (si es distinta de la del niño): _____

SS: _____ # Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Casa: (____) _____

E-mail: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Madre Madrastra Tutora

Nombre: _____ Fecha de nac.: ____/____/____

Dirección (si es distinta de la del niño): _____

SS: _____ # Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Casa: (____) _____

E-mail: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Autorización/Permiso

Certifico que mi hijo/a está cubierto por la Compañía de Seguros _____ y que seré responsable de cualquier responsabilidad financiera no cubierta por la aseguranza. Entiendo que soy responsable por el pago de servicios prestados así como de cualquier deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo al dentista a difundir cualquier información que sea necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas los documentos sometidos a la aseguranza, tanto de forma manual como electrónica.

Firma del padre o guardián

Fecha

CONTINUA AL DORSO

Historial dental

¿Por qué trajo al niño al dentista hoy? _____

¿Ha tomado el niño alguna vez píldoras dietéticas tales como Phen-Fen?
(También conocida como Redux o Pondimin.) Sí No

Si responde que sí, ¿cuándo? _____

Actualmente, ¿tiene dolor el niño? Sí No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Toma el niño agua fluorada? Sí No

¿Ha recibido el niño suplementos de flúor? Sí No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)? Sí No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? Sí No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente? Sí No

Médico del niño: _____

Tel.: _____ Fecha de la última visita: _____

Actualmente, ¿está el niño bajo atención médica? Sí No

Por favor, describa la salud física de su hijo/a:
 Buena Regular Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando:

Haga una lista de todas las medicinas/cosas a las que el niño es alérgico/a:

Historial médico

¿Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH + | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización/Operaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos/coyunturas/válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas con los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paperas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Exposición al VIH, pero Neg. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Discapacitación/Minusvalía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB) |

¿Tiene el niño todas sus vacunas al día? Sí No

¿Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor? Sí No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave que su hijo/a tenga/haya tenido:

¿El niño tiene/ha tenido alguno/s de los siguientes hábitos?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse/morderse los labios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar en botella |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse las uñas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse el dedo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mordisquear objetos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Moderse la lengua/las mejillas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respirar por la boca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apretar/rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empujar la lengua |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usar chupón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar pecho |

Nuestra oficina se compromete a cumplir a cabalidad con los estándares de control de infecciones ordenados por OSHA, el CDC y la ADA

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre or guardián

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado:

Firma del dentista

Fecha

Comentarios del dentista: _____

Actualización del historial médico

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No
Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No
Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha