

## PARA NIÑO: BIENVENIDOS A NUESTRA PRACTICA

### DESCRIBA A SU NIÑO

La Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial

Apodo: \_\_\_\_\_

Masculino    Femenino

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Seguro #: \_\_\_\_\_

### Direccion del niño:

\_\_\_\_\_ Depto. #

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

### INFO. DE LA PERSONA RESPONSIBLE:

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

Direccion para el pago: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

Tel. De trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Tel. Casa #: \_\_\_\_\_

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

LIC #: \_\_\_\_\_ Seguro #: \_\_\_\_\_

### Quien es responsable de hacer las citas?

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

Tel. De trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Tel. Casa #: \_\_\_\_\_

### QUIEN ACOMPANA AL NIÑO HOY?

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

Relacion: \_\_\_\_\_

Tiene custodia legal de el niño?       Si       No

A quien agradecemos por su referencia? \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia que atendemos? \_\_\_\_\_

Dentista Previo/Present: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Ultima Visita: \_\_\_\_\_

Estado Marital de los Padres:

Single    Married    Divorced

### INFORMACION DE LA MADRE:

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

Tel. De trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Tel. Casa #: \_\_\_\_\_

LIC #: \_\_\_\_\_

Seguro #: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE EL PADRE:

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

Tel. De trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Tel. Casa #: \_\_\_\_\_

LIC #: \_\_\_\_\_

Seguro #: \_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Tel. De la Comp. de Seguro #: \_\_\_\_\_

Grupo/poliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Reacion con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacim: \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro #: \_\_\_\_\_

Cobertura de Ortodoncia:       Si       No

### SEGUGURO DENTAL SECUNDARIO:

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Tel. De la Comp. de Seguro #: \_\_\_\_\_

Grupo/poliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Reacion con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacim: \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro #: \_\_\_\_\_

Cobertura de Ortodoncia:       Si       No

### PORQUE TRAJO A SU NINO AL ORTODONCISTA HOY?

Ha tenido el nino al agun problem serio en relacion Al trabajo dental?  Si  No

Toma agua con fluoruro?  Si  No

Toma el nino suppletos de fluoruro?  Si  No

He tenido el nino dolor o sensibilidad en la Si No Fiebre Reuma. Si No Oido Danado Mandibula (TMJ/TMD)?

Si  No

El nino se lava diario los dientes?  Si  No

Usa hilo dental?  Si  No

Doctor de el nino: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Ultima Visita: \_\_\_\_\_

Esta el nino al cuidado de un doctor?  Si  No

Describe la salud de el nino:  Good  Fair  Poor

Por favor las medicinas que tome el nino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor liste las drogas a las que el nino es alergico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nuestra oficina se compromete llenar o exceder los estandares de control de infeccion mandados por OSHA, CDC y ADA.**

### HATENIDO EL NINO ALGUNDO DE ESTOS PROBLEMAS MEDICOS?

Si No

Murm Corazon

Cancer

Diabetes

Fiebre Reuma.

SIDA/HIV

Hemofilia

Asma

Hepatitis

Tuberculosis

Protesis

Por favor describa cualquier enfermedad seria que el Nino haya sufrido: \_\_\_\_\_

Si No

Deficiencia de el Cor

Convulsiones Epilepsia

Sangrado Abnormal

Oido Danado

Alguna Operacion

Estuvo en Hospital

Prob el Hgado/Rinon

Incapacidades

Alergia a Drogas

Fiebre Escarlatina

### EL NINO TIENE LOS SIGUIENTES HABITOS?

Si No

Chuparse el dedo pulgar/ el dedo indice

Churparse el labio/ morderlo

Morderse las unas

Habitos de Biberon de nino

Yo entiendo que la informacion he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta y que Se mantendra en la mas estricta confidencialidad, que es my responsabilidad el informar a Esta oficina de cualquier cambio en el estado medico de mi nino. Yo tambien autorizo al personal dental que realice el service dental que mi nino necesite.

FIRMA DE EL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

El padre or tutor que acompaña al nino es responsable de el pago al tiempo que estos se reciban a menos que otros arreglos se hayan hecho antes de qui se hayan aprobado.

### SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/ Dental con el padre o tutor y paciente presente.

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

Comentarios de el Doctor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia Media Actualizada:

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

Comentarios: \_\_\_\_\_

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

Comentarios: \_\_\_\_\_