

BIENVENIDO!

Nos gustaría darles la bienvenida a Usted y a su hijo a nuestra oficina. Nuestra meta es asegurar que cada cita de su niño sea agradable y educacional. Nuestra

práctica es basada en el cuidado preventivo. Intentamos enseñarle buena salud oral que facilitará a su niño tener una sonrisa hermosa que le dure toda la vida.

1 Sobre Su Niño

Fecha: _____

Nombre: _____
APELLIDO NOMBRE

Apodo: _____ Niño Niña

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Tel. Casa: _____ SS#: _____
NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Dirección: _____
CALLE NO. APT. CIUDAD ESTADO ZIP

2 ¿Quién acompaña el niño hoy?

Nombre: _____ Parentesco: _____

¿Tiene Usted custodia legal de este niño? Si No

¿Quién lo ha referido? _____

Otros parientes que nos visitan: _____

Su Dentista Previo / Presente:
(Marque con un Circulo)

Fecha de la Última Cita: _____

Estado Civil de sus Padres Soltero(a) Viudo(a)
 Casado(a) Divorciado(a) Separado(a)

3 Información de la Madre Madrastra Guardián

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Casa: _____

Empleador: _____

SS #: _____ No. Lic.: _____

Información del Padre Padrastro Guardián

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Casa: _____

Empleador: _____

SS #: _____ No. Lic.: _____

4 Persona Responsable de esta Cuenta

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____
CALLE

CIUDAD ESTADO ZIP

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Casa: _____

Empleador: _____

No. Lic.: _____ SS #: _____

¿Quién es responsable de las citas?

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Casa: _____

5 Seguro Dental Primario

Agencia de Seguro: _____

Dirección: _____

No. Teléfono: _____

No. de Póliza: _____

De Lo Asegurado: Nombre: _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____

Empleador: _____

Cobertura Orthodóntica Si No

Seguro Dental Secundario

Agencia de Seguro: _____

Dirección: _____

No. Teléfono: _____

No. de Póliza: _____

De Lo Asegurado: Nombre: _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____

Empleador: _____

Cobertura Orthodóntica Si No

6

¿Por qué viene el niño al dentista hoy?

¿Ha tenido el niño algún problema grave asociado con previo trabajo dental? Si No

¿Bebe el niño agua fluorizada? Si No

¿Toma el niño suplementos fluorizados? Si No

¿Jamás ha tenido el niño dolor / sensibilidad en la coyuntura de la mandíbula? Si No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? Si No

¿Usa el niño hilo dental cada día? Si No

El médico de familia _____

No. Teléfono _____ Última cita _____

¿Está el niño actualmente bajo los cuidados de algún médico? Si No

Por favor, describa la salud física de este niño:

- Excelente Normal Mala

Por favor, registre todas las drogas que el niño esté tomando ahora: _____

Por favor, registre todas las drogas a las cuales este niño es alérgico: _____

7

¿Jamás ha tenido el niño cualquier de los problemas médicos siguientes?

- Si No Murmullo del Corazón Si No Defecto Congenital del Corazón
Si No Cáncer Si No Convulsiones / Epilepsia
Si No Diabetes Si No Sangrando Abnormalmente
Si No Fiebre Reumática Si No Problemas de Oído
Si No S.I.D.A.S. Si No Ha Tenido Alguna Operación
Si No Hemofilia Si No Ha Sido Hospitalizado
Si No Asma Si No Problemas del Hígado / Riñón
Si No Hepatitis Si No Alguna Incapacidad
Si No Tuberculosis Si No Alergias Cualquiera Drogas

Por favor, describa cualesquier problemas médicos que este niño haya tenido: _____

8

Marque con un círculo cualesquier de los hábitos siguientes que tenga el niño:

- Si No Chupa el Pulgar / Los Dedos
Si No Chupa / Morder Los Labios
Si No Comerse Las Uñas
Si No Hábitos Con el Biberón

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o exceder las regulaciones establecidas de control de infecciones ordenadas por el OSHA, el CDC, y el ADA.

9

Yo entiendo que la información que he dado es correcta según mi conocimiento, y que quedará bajo la mayor reserva, y será mi responsabilidad informar a su oficina de cualquier cambio en la salud médica de este niño.

También, yo autorizo al personal de esta oficina ejecutar los servicios dentales que sean necesarios para este niño.

Firma de Padre / Madre / Guardián _____ Fecha _____

El Paciente o Guardián que acompaña el niño deberá pagar su cuenta en el día del tratamiento si no ha sido aprobado otro convenio.

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo he repasado verbalmente la información medica / dental con el padre / la madre / guardián o paciente nombrado(a)
Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del Dentista: _____

Cambios en la Historia Médica

- 1. Fecha: _____ Firma: _____
Comentarios: _____
2. Fecha: _____ Firma: _____
Comentarios: _____