



¡BIENVENIDO!

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: _____
 Anterior/Presente Dentista: _____ Fecha de ultima visita _____
 Telefono de dentista: _____
 Pariente o amigo que no viva con Ud.:
 Nombre: _____ Teléfono: () _____
 Dirección: _____
 Ciudad Estado Código Postal

Información de los padres

¿Quién es responsable de la cuenta? _____ Estado civil de los padre Solteros Casados Viudos Divorciados Separados
 Padre Padrastra Tutor Madre Madrastra Tutora

Nombre: _____ Fecha de nac: ___/___/___
 Dirección (si es distinta de la del niño): Tel. Casa: () _____
 SS #: _____ # Licencia de manejar: _____
 Tel. Trabajo: () _____ Ext: _____ Tel. Celular/Otro: () _____
 E-mail: _____
 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 ditunoir 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 a guardián

Fecha

Historial Dental

Historial Médico

¿Por qué trajo al niño al dentista hoy? _____

¿Ha tomado el niño alguna vez pildoras dietéticas tales como Phen-fen?

(También conocida como Redox 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: _____

Favor de incluir algún tipo de alergia que su hijo tenga que no se encuentre en esta lista: _____

Sí No Látex Sí No Níquel/Metales Sí No Plástico

¿Ha experimentado el niño alguna de los siguientes problemas?

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

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

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la 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 o 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 médico/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: _____

¿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/guardián

 Fecha

 Firma del dentista

 Fecha

 Firma del padre/guardián

 Fecha

 Firma del dentista

 Fecha