



### 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código Postal

### Información general

¿Quién acompaña al ni 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 última visita \_\_\_\_\_  
 Teléfono de dentista: \_\_\_\_\_  
 Como prefiere ser notificado de citas futuras  
 Email  Texto  
 Como prefiere ser notificado de información general  
 Email  Domicilio  
 Nombre de persona de emergencia \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

### Información de los padres

¿Quién es responsable de la cuenta? \_\_\_\_\_ 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): 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): \_\_\_\_\_

**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 \_atron: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Fecho

## 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 Redox o Pondimin)  Sí  No

Sí 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

## Historial Médico

**¿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	Morderse la lengua/las mejillas
Sí	No	Rospirar 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: \_\_\_\_\_

Firma del padre/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/guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del dentista \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_