

Cuéntenos de usted

Fecha de hoy: _____
 Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 Apodo: _____ Hombre Mujer
 Teléfono Casa: () _____
 Teléfono Celular: () _____
 Dirección de email: _____
 # de Seguro Social: _____
 Dirección: _____

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 _____