

BIENVENIDO

Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: _____ Apodo: _____
Nombre del niño: _____
Apellido Nombre Inicial
Fecha de nacimiento del niño: ___/___/___ Edad: _____ Hombre Mujer
Correo electrónico: _____
Escuela: _____ Grado: _____
Pasatiempos/deportes: _____
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: _____
Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____
Teléfono del 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 padres Solteros Casados Convivientes Viudos Divorciados Separados
 Padre Padrastro 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: (_____) _____
Email: _____
Patrón: _____ Ocupación: _____
Dirección del patrón: _____
Ciudad Estado Código postal
Si tiene Plan de Ortodoncia 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

Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado del crédito de sus pacientes potenciales y/o los padres del paciente antes de extenderle crédito por el costo del tratamiento, así como de utilizar, a discreción de la oficina, una o más fuentes de reporte de crédito. Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados, así como soy responsable de pagar cualquier pago adicional o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo al dentista a proporcionar cualquier información necesaria para garantizar el pago de beneficios. Además asigno directamente al médico todos los beneficios del seguro que se me pagarían. Además autorizo a utilizar esta firma en todas mis solicitudes de seguros, manuales o electrónicas.

Firma del padre o tutor

Fecha

CONTINUA AL DORSO

Historial dental y médico

¿Cuáles son las mayores preocupaciones que Ud. quisiera que el tratamiento de ortodoncia corrigiera? _____

¿Ha sido evaluado el niño alguna vez para recibir tratamiento de ortodoncia? Sí No

¿Ha sufrido el niño en alguna ocasión de lesiones en su cara, boca, dientes o barbilla? Sí No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Se le han removido las adenoides o amígdalas/anginas? Sí No

¿Le falta a su niño algún diente permanente? Sí No

¿Tiene alguno adicional? 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 el cuidado de algún médico? Sí No

¿Ha comenzado la pubertad? Sí No

¿Ha comenzado la menstruación? Sí No

Por favor, describa el estado de salud actual del niño: Bueno Regular Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando actualmente:

Haga una lista de todas las medicinas/cosas a las que el niño es alérgico:

Y N Látex Y N Metales/Níquel Y N Plástico

¿Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH+ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalizaciones/operaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos/coyunturas/válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Discapacitación/Minusvalía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia de células falciformes |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB) |

¿Ha tomado el niño alguna vez píldoras dietéticas tales como Phen-Fen? (También conocida como Redux o Pondimin.) Se respondió que sí, ¿cuándo? _____ Sí No

¿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 el niño tenga/haya tenido: _____

¿El niño tiene/ha tenido alguno/s de las siguientes experiencias?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apretar/rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse los dedos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse/morderse los labios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empujar la lengua |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respirar por la boca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usar chupón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar en botella | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse las uñas |

Instrumentos musicales: _____

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.

Entiendo que la información que he proporcionado es, hasta donde yo sé, correcta, que ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que 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 a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre o tutor

Fecha



PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/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 o tutor

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 o tutor

Fecha

Firma del dentista

Fecha