



HISTORIA DE SALUD Y REGISTRACIÓN-NIÑO

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: Apellido _____ Nombre _____ I. _____ Apodo _____
Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Contacto de emergencia fuera de la casa: _____ # de telefono: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE PARA LA CUENTA

Apellido: _____ Nombre _____ I. _____
Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado ____ Código Postal: _____
de Teléfono de Casa: _____ # de Teléfono de Celular: _____
Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: ____/____/____
Direccion de correo electrónico: _____

Estado Civil: Casado Divorciado Separado Soltero Viuda

Relacion al paciente: _____
Empleo: _____ # de trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL ESPOSO/A DE LA PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
de SS: ____/____/____ Relacion al paciente: _____
Empleo: _____ # de trabajo: _____

HISTORIA DENTAL

Dentista General: _____ # de Teléfono: _____
¿Ha recibido daños a la cara, la boca, os dientes o la barbilla? _____
Se han removido las amígdalas o los adenoids? _____ ¿Cuándo? _____

Circula si su hijo tiene o ha tenido los siguientes hábitos: Chuparse el pulgar/los dedos Comerse las uñas
Chuparse/Morderse los labios Rechinar o apretar sus dientes Respirar por la boca Problemas con el hablar

HISTORIA MÉDICA

Médico: _____ # de Teléfono: _____
Favor de escribir todos los medicamentos su hijo actualmente toma: _____
Favor de escribir todas las drogas a los cuales su hijo tiene alergias: _____

Circula si su hijo tiene o ha tenido los siguientes: Soplo cardíaco Cáncer Diabetes Fiebre Reumática
VIH/SIDA Hemofilia Asma Hepatitis Tuberculosis Defectos Cardiacos Congénitos
Sangra Fuera del normal Convulsiones/epilepsia Problemas con los oídos Cirugías Hospitalizaciones
Problemas con el hígado/los riñones Incapacidades Alergias a plásticos, látex o metales

Si hay una respuesta "Sí" a cualquier, favor de explicar _____
¿Necesita su hijo medicamentos para procedimientos dentales? _____

Yo entiendo que la información que he dado es correcto según mi mejor conocimiento, que esta información será guardado en confianza, y que informar a esta oficina de cualquier cambio del estado médico de mi hijo es mi responsabilidad. También autorizo que los empleados dentales hagan cualquier servicio dental necesario que mi hijo/a necesite. Esta oficina reserva el derecho de verificar el estado de crédito de los pacientes potenciales y/o los padres de pacientes antes de extender crédito para cargos de tratamiento y ,al discreción de esta oficina, puede usar los servicios de uno o más de las agencias que reportan el crédito. También entiendo que mi seguro dental es un contrato de parte de mí y la compañía de seguros, y no entre la compañía de seguros y el doctor y que yo soy responsable por todos los cargos ortodónticos. También cedo todos los beneficios de seguro al Doctor. Todos los pagos recibidos por el Doctor de mi cubrimiento de seguro serán dado a mi cuenta, o revuelto a mí si he pagado todos los cargos incurridos.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____