

BIENVENIDO

Es un placer darle la bienvenida a usted y a su niño(a) a nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño(a) sea una placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Perseguimos enseñar un buen cuidado oral que le permita a su niño(a) tener una bella sonrisa que perdure toda la vida.

1

Respecto A Su Niño(a)

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Apellido: _____ Niño Niña

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Tel. Casa: _____ Num. SS: _____
Numero De Segura Social

Dirección:

_____ Calle _____ Num. Apt. _____
Ciudad Estado Codigo Postal

4

Persona Responsable De Esta Cuenta

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____
Calle Num. Apt. Ciudad Estado Codigo Postal

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

Patrono: _____

Num. SS: _____ Num. Lic.: _____

Persona Responsable De Las Citas

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

2

Niño(a) Acompañado Por

Nombre: _____ Parentesco: _____

¿Tiene usted la custodia de este niño(a)? Si No

Referido por: _____

Parientes que nos visitan: _____

Nombre de su dentista previo / presente: _____
(Marque con un circulo)

Fecha de la última cita: _____

Estado civil de sus padres Soltero(a) Viudo(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a)

5

Seguro Dental Primario

Compañía Aseguradora: _____

Dirección: _____

Num. Teléfono: _____

Num. de Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Num. SS: _____

Patrono: _____

Cubierta de Ortodoncia Si No

3

Información De Lá Madre

Madrastra Tutor

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

Patrono: _____

Num. SS: _____ Num. Lic.: _____

Información Del Padre

Padrastra Tutor

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

Patrono: _____

Num. SS: _____ Num. Lic.: _____

6

¿Por qué viene el(la) niño(a) hoy al dentista?

¿Ha tenido el(la) niño(a) algún problema asociado con trabajo dental previo? Si No

¿Toma el(la) niño(a) agua con fluoruro? Si No

¿Toma el(la) niño(a) suplementos con fluoruro? Si No

¿Ha sentido alguna vez el(la) niño(a) dolor / sensibilidad en la articulación de la mandíbula (TMJ)? Si No

¿Se cepilla el(la) niño(a) los dientes diariamente? Si No
¿Cuántas veces al día? _____

¿Usa el(la) niño(a) hilo dental todos los días? Si No

Nombre del médico de familia: _____

Num. Teléfono: _____ Última cita: _____

¿Está el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algún médico? Si No

Por favor, describa la salud física del niño(a):
 Excelente Normal Pobre

Por favor, enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) esté tomando ahora: _____

Por favor, enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alérgico: _____

7

¿Ha padecido o padece el(la) niño(a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangra Anormalmente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alguna Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a alguna Droga | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de los Oídos |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha sido Hospitalizado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha tenido alguna Operación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA ("HIV") |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Defecto Congénito del Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del Hígado / Riñones |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB) |

Por favor, describa cualquier problema médico que este(a) niño(a) haya padecido: _____

8

Tiene el(la) niño(a) alguno de los siguientes Hábitos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se chupa el dedo / los dedos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se come las uñas |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se chupa / se muerde los labios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usa Biberón |

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.

9

A mi mejor entender, la información dada es correcta. Entiendo también que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño(a)

Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento al niño(a).

Firma del Padre / Madre / Tutor _____ Fecha _____

El pariente o tutor que acompaña el(la) niño(a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado otro convenio.

USO OFICIAL USO OFICIAL **USO OFICIAL** USO OFICIAL **USO OFICIAL** USO OFICIAL **USO OFICIAL**

He revisado verbalmente la información médica / dental con el padre / la madre / tutor o paciente nombrado(a).

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del Dentista: _____

Cambios en el historial médico

1. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

2. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

