¡BIENVENIDO!

Con placer recibimos a su niño en nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño sea placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Deseamos enseñarle una buena higiene oral que le permita a su niño tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

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: _____
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 atendidos por nosotros: _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.:

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

_____
Ciudad Estado Código postal

Información de los padres

¿Quién en responsable de la cuenta? _____ Estado civil de los padre ☐ 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 tiente 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: _____ Tel. Celular/Otro: (_____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

_____
Ciudad Estado Código postal

Si tiente 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 responsible por el pago de servicios prestados así como de cualquier deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo al dentista a difundir 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 o guardián Fecha

CONTINUA AL DORSO

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 Redux o Pondimin.) ☐ Sí ☐ No

Si 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 floruro? ☐ 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 alguno de los siguientes problemas?

Sí No Sangrado anormal/Hemofilia
Sí No ADD/ADHD
Sí No SIDA/VIH +
Sí No Anemia
Sí No Hospitalización/Operaciones
Sí No Huesos/coyunturas/ válvulas artificiales
Sí No Asma
Sí No Cáncer
Sí No Varicelas
Sí No Defecto congénito del corazón
Sí No Convulsiones
Sí No Diabetes
Sí No Epilepsia
Sí No Exposición al VIH, pero Neg.
Sí No Discapacitación/Minusvalía
Sí No Problemas de audición
Sí No Soplo del corazón
Sí No Hepatitis
Sí No Alta presión
Sí No Ronchas
Sí No Problemas con los riñones
Sí No Problemas del hígado
Sí No Baja presión
Sí No Lupus
Sí No Paperas
Sí No Prolapsia de la válvula mitral
Sí No Mononucleosis
Sí No Prótesis
Sí No Fiebre reumática
Sí No Fiebre escarlata
Sí No Sarpullido
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 Morderse las uñas
Sí No Mordisquear objetos
Sí No Respirar por la boca
Sí No Apretar/rechinar los dientes
Sí No Usar chupón
Sí No Tomar en botella
Sí No Chuparse el dedo
Sí No Moderse la lengua/las mejillas
Sí No Problemas del habla
Sí No Empujar la lengua
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 a 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 médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aqui nombrado:

_____
Firma del dentista Fecha

Comenatrios 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 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 o guardián Fecha

_____
Firma del dentista Fecha

 © 2010 Informs 1-800-722-4884