

Fecha _____

Información Confidencial de responsable

A B C

Nombre _____ Estado Civil _____
Apellido Nombre

Residencia _____ Propia Alquila
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal _____ **Correo Electronico** _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Tiempo residido en esta dirección _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

#Del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Antigüedad de empleo _____

Nombre de cónyuge _____ Antigüedad de empleo _____
Apellido Nombre

Empleador _____ Ocupación _____ Antigüedad de empleo _____

#Del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono de trabajo _____

Información Confidencial del paciente

Nombre del paciente _____
Apellido Nombre

Dirección Postal _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa _____ Fecha de nacimiento _____ #Del Seguro Social _____

Si paciente es menor de edad, de nombre del padre del tutor _____

A quien podemos dar las gracias por recomendarnos? _____ **Dentista** _____

Información de la seguridad

Nombre del titular de la póliza _____ #Del Seguro Social _____

Compañía de seguros _____ # del grupo _____ # local de Unión _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Teléfono de la compañía de seguros _____

Empleador del titular de la póliza _____

Tiene doble cobertura? No Si Si Si: _____

Nombre del titular de la póliza _____ #Del Seguro Social _____

Compañía de seguros _____ # del grupo _____ # local de Unión _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Teléfono de la compañía de seguros _____

Empleador del titular de la póliza _____

Información por emergencia

Nombre del familiar más cercano que no vive contigo _____

Dirección completa _____

Teléfono _____ Relación: _____

Entiendo que en su caso, pueden obtenerse informes del Buro de crédito.

Firma (Del tutor si menor) _____

Actualizada (fecha & poner iniciales) _____

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

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del dentista

Fecha

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del dentista

Fecha