

Bienvenidos a nuestra practica!

Por favor llene completamente y llevar con usted a la cita de consulta!
Nuestra oficina aconseja que el Niño debe tener sus dientes limpia antes de su consulta programada!

Fecha de hoy: _____ el nombre del niño _____

Apodo: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Cumpleaños: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Ciudad Estado Codigo posal

Otra familia vistos por nosotros: _____

Masculino o femenino Teléfono de casa: _____

Información de las madres

Nombre: _____ Cumpleaños : _____

Dirección: _____
(si es distinta de la anterior)

ciudad Estado Codigo posal

Telefono de casa: _____
Teléfono móvil: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____

Seguridad Social#: _____

Podemos contactarlo por correo electrónico? S or N

Dirección de correo electrónico: _____

estado civil de los padres: _____

Información del padre

Nombre: _____ Cumpleanos: _____

Direccion: _____
(si es distinta de la anterior)

Ciudad Estado Codigo posal

Telefono de casa: _____
Telefono movil: _____

Numero de telefono del trabajo: _____

Empleador: _____

Seguridad Social#: _____

Podemos contactarlo por correo electronico? S or N

Direccion de correo electronico: _____

estado civil de los padres: _____

Parte responsable informacion

Esta persona va a firmar el contrato y sera totalmente responsable de todos los aspectos de la cuenta del Paciente, por lo tanto, informacion de la cuenta no sera discutido con nadie sin autorizacion previa por escrito!

Nombre: _____ Relacion: _____

Telefono de casa: _____

Direccion de facturacion: _____

Ciudad Estado codigo postal

Compañía de seguro dental: _____ Cobertura de ortodoncia? S or N

Contacto de emergencia

Nombre: _____ relacion: _____

Telefono de casa: _____ Telefono movil#: _____

DL: _____ SS#: _____ Cell#: _____

Nombre: _____ ¿tienes custodia legal de este niño? S or N

Relacion: _____ ¿a quién podemos agradecerle por referirnos? _____

Quien se encuentra con paciente hoy en dia?

Información del dentista

Dentista: _____

—

Ciudad Estado Codigo posal _____

oficina#: _____ última visita: _____

Historia dental

Preocupaciones de ortodoncia: _____

¿Ha tenido el niño alguna vez dolor o sensibilidad en la articulación de la mandíbula? Si o No

asociado con el trabajo dental? Si o No

¿Está tomando el niño suplementos fluorados? Si o No

¿Con qué frecuencia el niño se cepilla los dientes o usa el hilo dental?

Médico del niño: _____

No de telefono: _____ última visita: _____

Actualmente el niño está bajo cuidado de un médico? Si o no

Describe la salud del niño: BUENA FERIA POBRE Indique todas las drogas que el niño está tomando actualmente:

Indique todas las drogas a las que el niño es alérgico: _____

Nuestra oficina se compromete a cumplir o exceder los estándares de control de infecciones establecidos por OSHA, CDC y ADA.

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hijo. También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar.

Firma del padre / tutor Fecha _____

¿HA TENIDO ESTE NIÑO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MEDICAS? ¿CONDICIONES?

- S N Soplo cardíaco
- S N Defecto cardíaco congenito
- S N Valvulas Artificiales
- S N Cirugia cardíaca/marcapasos
- S N Prolapso de la válvula mitral
- S N Presión arterial alta/baja
- S N Transfusión de Sangre
- S N Hemophilia
- S N VIH / SIDA
- S N Hepatitis
- S N El sangrado anormal
- S N Anemia/Tmt de radiacion
- S N Cancer
- S N Diabetes
- S N Protesis
- S N Huesos Artificiales - Articulaciones
- S N Problemas renales hepáticos
- S N Convulsiones/Epilepsia
- S N Dolores de cabeza severos / frecuentes
- S N Dificultad para respirar
- S N Asma
- S N Tuberculosis
- S N Tuberculosis
- S N Fiebre reumática
- S N Hx/Scarlet Fiebre
- S N Herpes
- S N Ampollas de fiebre
- S N Problemas sinusales
- S N Glaucoma
- S N Audición
- Discapacidad
- S N Alguna Operaciones
- S N Cualquier hospital Corsé
- S N Handicaps - Discapacidades
- S N Otro: _____

Discuta cualquier problema médico grave que el niño tenga o haya tenido: _____

¿TIENE ESTE NIÑO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS?

- S N Thumb / Finger / Lip Sucking
- S N morder
- S N Nail Biting
- S N Hábitos de la botella de lactancia

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE *** USO DE LA OFICINA SOLAMENTE ***

I verbally reviewed the medical/dental information above with the parent/guardian and patient named herein.

Initials: _____ Date: _____ Doctor's Comments: _____