

# 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: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(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

Dirección 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: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

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#:~~ **Quien se encuentra con paciente hoy en dia?** ~~Cell#:~~ \_\_\_\_\_

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

Relacion: \_\_\_\_\_ ¿a quién podemos agradecerle por referirnos? \_\_\_\_\_

**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 Tuberculosis               |
| S N Defecto cardíaco congenito             | S N Fiebre reumática           |
| S N Valvulas Artificiales                  | S N Hx/Scarlet Fiebre          |
| S N Cirugia cardíaca/marcapasos            | S N Herpes                     |
| S N Prolapso de la válvula mitral          | S N Ampollas de fiebre         |
| S N Presión arterial alta/baja             | S N Problemas sinusales        |
| S N Transfusión de Sangre                  | S N Glaucoma                   |
| S N Hemophilia                             | S N Audición                   |
| S N VIH / SIDA                             | Discapacidad                   |
| S N Hepatitis                              | S N Alguna Operaciones         |
| S N El sangrado anormal                    | S N Cualquier hospital Corsé   |
| S N Anemia/Tmt de radiacion                | S N Handicaps - Discapacidades |
| S N Cancer                                 | S N Otro: _____                |
| 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                           |                                |

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: \_\_\_\_\_