

**PARA NIÑO: BEINVENIDOS A NUESTRA PRACTICA**

<b>1) DESCRIBA A SU NIÑO</b>		
La Fecha de hoy: _____ NACIMIENTO: _____		
<b>Nombre del niño:            EDAD:</b> _____		
<i>APELLIDO</i>	<i>NOMBRE</i>	<i>INICIAL</i>
Apodo: _____	Masculino	Femenino
Escuela: _____	Grado: _____	
Telefono #: _____		
Seguro #: _____		
<b>Direccion del niño:</b>		
_____		
_____ <i>DEPTO. #</i>		
<i>CIUDAD</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CODIGO POSTAL</i>

<b>2) QUIEN ACOMPAÑA AL NIÑO HOY?</b>	
Nombre: _____	
Relacion: _____	
Tiene custodia legal de el niño?	Si            No
A quien agradecemos por su referencia? _____	
_____	
Otros miembros de la familia que atendemos? _____	
_____	
<b>Dentista Previo/Present:</b> _____	
Calle: _____	
Telefono #:	Ultima Visita: _____
Estado Marital de los Padres: _____	
<i>(SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO)</i>	

<b>3) INFORMACION DE LA MADRE:</b>	
Nombre: _____	
Tel. De trabajo:	Ext. _____
Tel. Casa #: _____	
Empleador: _____	
LIC #: _____	
Seguro #: _____	
<b>INFORMACION DE EL PADRE:</b>	
Nombre: _____	
Tel. De trabajo:	Ext. _____
Tel. Casa #: _____	
Empleador: _____	
LIC #: _____	
Seguro #: _____	

<b>4) INFO. DE LA PERSONA RESPONSIBLE:</b>		
Nombre: _____		
Direccion para el pago: _____		
_____	_____	_____
<i>CIUDAD</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CODIGO POSTAL</i>
Tel. Trabajo #:	Ext. _____	
Tel. Casa #: _____		
Empleador: _____		
LIC #: _____		
Seguro #: _____		
<b>Quien es responsable de hacer las citas?</b>		
Nombre: _____		
Tel. De trabajo:	Ext. _____	
Tel. Casa #: _____		

<b>5) SEGURO DENTAL PRIMARIO:</b>	
Nombre del Seguro: _____	
Direccion: _____	
_____	
Tel. De la Comp. de Seguro #:	_____
Grupo/poliza #: _____	
<b>Nombre del Asegurado:</b> _____	
Reacion con el paciente: _____	
<b>Fecha de Nacim:</b> _____	
<b>Empleador del Asegurado:</b> _____	
<b>Segruo #:</b> _____	
Cobertura de Ortodoncia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>SEGUGURO DENTAL SECUNDARIO:</b>	
Nombre del Seguro: _____	
Direccion: _____	
_____	
Tel. De la Comp. de Seguro #:	_____
Grupo/Poliza #: _____	
<b>Nombre del Asegurado:</b> _____	
Relacion con el paciente: _____	
<b>Fecha de Nacim:</b> _____	
<b>Empleador del Asegurado:</b> _____	
<b>Segruo #:</b> _____	
Cobertura de Ortodoncia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**6) PORQUE TRAJO A SU NIÑO AL ORTODONCISTA HOY?**

Ha tenido el niño algún problema serio en relación al trabajo dental?  Sí  No

Toma agua con fluoruro?  Sí  No

Toma el niño suplementos de fluoruro?  Sí  No

**He tenido el niño dolor o sensibilidad en la**

**Mandíbula (TMJ/TMD)  Sí  No**

El niño se lava diario los dientes?  Sí  No

Usa hilo dental?  Sí  No

Doctor de el niño: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Última

Visita \_\_\_\_\_

Esta el niño al cuidado de un doctor?  Sí  No

Describe la salud de el niño:

BUENA  JUSTA  MALA

Por favor las medicinas que tome el niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor liste las drogas a las que el niño es alérgico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7) HATENIDO EL NIÑO ALGUNO DE ESTOS**

**PROBLEMAS MEDICOS?**

Sí  No Murm Corazon  Sí  No Deficiencia de el Cor

Sí  No Cancer  Sí  No Convulsiones

Epilepsia

Sí  No Diabetes  Sí  No Sangrado Abnormal

Sí  No Fiebre Reuma.  Sí  No Oído Danado

Sí  No SIDA/HIV  Sí  No Alguna Operacion

Sí  No Hemofilia  Sí  No Estuvo en Hospital

Sí  No Asma  Sí  No Prob el Hígado/Riñon

Sí  No Hepatitis  Sí  No Incapacidades

Sí  No Tuberculosis  Sí  No Alergia a Drogas

Sí  No Prótesis  Sí  No Fiebre Escarlatina

Por favor describa cualquier enfermedad seria que el Niño haya sufrido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8) EL NIÑO TIENE LOS SIGUIENTES HABITOS?**

Sí  No Chuparse el dedo pulgar/ el dedo índice

Sí  No Chuparse el labio/ morderlo

Sí  No Morderse las uñas

Sí  No Hábitos de Biberón de niño

**Nuestra oficina se compromete llenar o exceder los estándares de control de infección mandados por OSHA, CDC y ADA.**

**9) Yo entiendo que la información he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta y que se mantendrá en la más estricta confidencialidad, que es mi responsabilidad el informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi niño. Yo también autorizo al personal dental que realice el servicio dental que mi niño necesite.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE EL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

**El padre o tutor que acompaña al niño es responsable de el pago al tiempo que estos se reciban a menos que otros arreglos se hayan hecho antes de qui se hayan aprobado.**

**SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA**

Yo he revisado verbalmente la información médica/ dental con el padre o tutor y paciente presente.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Comentarios de el Doctor:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia Médica Actualizada:**

1. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_