

BIENVENIDO

Es un placer darle la bienvenida a usted y a su niño(a) a nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño(a) sea una placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Perseguimos enseñar un buen cuidado oral que le permita a su niño(a) tener una bella sonrisa que perdure toda la vida.

1

Respecto A Su Niño(a)

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Apodo: _____ ☐ Niño ☐ Niña

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Escuela: _____ Grado: _____

Tel. Casa: _____ Num. SS: _____
Numero De Segura Social

Dirección:

Calle _____ Num. Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

2

Niño(a) Acompañado Por

Nombre: _____ Parentesco: _____

¿Tiene usted la custodia de este niño(a)? _____ ☐ Si ☐ No

Referido por: _____

Parientes que nos visitan: _____

Nombre de su dentista previo/presente: _____
(Marque con un círculo)

Fecha de la última cita: _____

Estado civil de sus padres:

☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a)

4

Persona Responsable De Esta Cuenta

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____
Calle Num. Apt.

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

Patrón: _____

Num. SS: _____ Num. Lic.: _____

Persona Responsable De Las Citas

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

5

Seguro Dental Primario

Compañía Aseguradora: _____

Dirección: _____

Num. Teléfono: _____

Num. de Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Num. SS: _____

Patrón: _____

Cubierta de Ortodoncia: ☐ Si ☐ No

3

Información De Lá Madre

☐ Madrastra ☐ Tutor

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

Patrón: _____

Num. SS: _____ Num. Lic.: _____

Información Del Padre

☐ Padrastro ☐ Tutor

Nombre: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Residencial: _____

Patrón: _____

Num. SS: _____ Num. Lic.: _____

CONTINÚA AL DORSO

6

¿Por qué viene el(la) niño(a) hoy al dentista?

¿Ha tenido el(la) niño(a) algún problema asociado con trabajo dental previo?

☐ Si ☐ No

¿Toma el(la) niño(a) agua con fluoruro?

☐ Si ☐ No

¿Toma el(la) niño(a) suplementos con fluoruro?

☐ Si ☐ No

¿Ha sentido alguna vez el(la) niño(a) dolor / sensibilidad en la articulación de la mandíbula (TMJ)?

☐ Si ☐ No

¿Se cepilla el(la) niño(a) los dientes diariamente?

☐ Si ☐ No

¿Cuántas veces al día?

¿Usa el(la) niño(a) hilo dental todos los días?

☐ Si ☐ No

Nombre del médico de familia:

Num. Teléfono: Última cita:

¿Está el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algún médico?

☐ Si ☐ No

Por favor, describa la salud física del niño(a):

☐ Excelente ☐ Normal ☐ Pobre

Por favor, enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) esté tomando ahora:

Por favor, enumere todos los medicamentos a los cuales el(la) niño(a) es alérgico:

7

¿Ha padecido o padece el(la) niño(a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

Si No Sangra Anormalmente

Si No Alergia a alguna Droga

Si No Ha sido Hospitalizado

Si No Ha tenido alguna Operación

Si No Asma

Si No Cáncer

Si No Defecto Congénito del Corazón

Si No Convulsiones / Epilepsia

Si No Diabetes

Si No Alguna Incapacidad

Si No Problemas de los Oídos

Si No Soplo

Si No Hemofilia

Si No Hepatitis

Si No SIDA ("HIV")

Si No Problemas del Hígado /
Riñones

Si No Fiebre Reumática /
Fiebre Escarlatina

Si No Tuberculosis (TB)

Por favor, describa cualquier problema médico que este(a) niño(a) haya padecido:

8

Tiene el(la) niño(a) alguno de los siguientes Hábitos:

Si No Se chupa el dedo / los dedos

Si No Se come las uñas

Si No Se chupa / se muerde los labios

Si No Usa Biberón

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por el OSHA, el CDC y el ADA.

9

A mi mejor entender, la información dada es correcta. Entiendo también que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño(a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de haber sido

informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento al niño(a).

Firma del Padre / Madre / Tutor

Fecha

El pariente o tutor que acompaña el(la) niño(a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado otro convenio.

USO OFICIAL **USO OFICIAL** **USO OFICIAL** **USO OFICIAL** **USO OFICIAL** **USO OFICIAL** **USO OFICIAL**

He revisado verbalmente la información médica / dental con el padre / la madre / tutor o paciente nombrado(a).

Iniciales: Fecha:

Comentarios del Dentista:

Cambios en el historial médico

1. Fecha: Firma:

Comentarios:

2. Fecha: Firma:

Comentarios: