

**PARA NIÑOS: BIENVENIDOS A NUESTRA PRACTICA**

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

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

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

4) INFO. DE LA PERSONA RESPONSABLE:
Nombre: _____
Direccion para el pago: _____
_____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
Tel. Trabajo #: _____ Ext. _____
Tel. Casa #: _____
Empleador: _____
LIC #: _____
Seguro #: _____
Quien es responsable de hacer las citas?
Nombre: _____
Tel. Trabajo #: _____ Ext. _____
Tel. Casa #: _____

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

Toma agua con fluoruro?  Si  No

Toma el niño suplementos de fluoruro?  Si  No

**Ha tenido el niño dolor o sensibilidad en la mandíbula (TMJ/TMD)?**  Si  No

El niño se lava diario los dientes?  Si  No

Usa hilo dental?  Si  No

Doctor de el niño: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Última Visita \_\_\_\_\_

Esta el niño al cuidado de un doctor?  Si  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) HA TENIDO EL NIÑO ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS MEDICOS?**

Si  No Murm Corazon  Si  No Deficiencia de el Cor

Si  No Cancer  Si  No Convulsiones Epilepsia

Si  No Diabetes  Si  No Sangrado Abnormal

Si  No Fiebre Reuma.  Si  No Oido Danado

Si  No SIDA/HIV  Si  No Alguna Operacion

Si  No Hemofilia  Si  No Estuvo en Hospital

Si  No Asma  Si  No Prob el Hgado/Rinon

Si  No Hepatitis  Si  No Incapacidades

Si  No Tuberculosis  Si  No Alergia a Drogas

Si  No Protesis  Si  No Fiebre Escarlatina

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

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

Si  No Chuparse el dedo pulgar / el dedo indice

Si  No Churparse el labio / morderlo

Si  No Morderse las unas

Si  No Habitos de Biberon de niño

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

**9) Yo entiendo que la informacion he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta y que se mantendra en la mas estricta confidencialidad, que es my responsabilidad el informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado medico de mi niño. Yo tambien autorizo al personal dental que realice el servicio dental que mi niño necesite.**

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

FECHA \_\_\_\_\_

**El padre or 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 informacion medica/dental con el padre o tutor y paciente presente.

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

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

**Historia Media Actualizada:**

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

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

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

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