



SALUDOS

Nos place darles la bienvenida a nuestra consulta a usted ya a su niño. Por favor tome unos minutos para llenar este lo más completamente posible. Si tiene preguntas, nos placera ayudarle. Esperamos ayudarle a mantener la salud oral de su niño.

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del niño o menor _____
Apellido Nombre Inicial

Sexo M F Edad _____ Cumpleaños _____ Apodo _____ Pasatiempos _____

Dirección Residencial _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Persona responsable financieramente _____ Teléfono Hogar _____ Teléfono Trabajo _____

¿A quién podemos agradecer su referido? _____

SEGURO

Nombre del padre o guardián _____	Nombre de la madre o guardián _____
Dirección (si diferente a la del paciente) _____	Dirección (si diferente a la del paciente) _____
Teléfono hogar _____ <small>(si diferente de arriba)</small>	Teléfono hogar _____ <small>(si diferente de arriba)</small>
Teléfono trabajo _____ <small>(si diferente de arriba)</small>	Teléfono trabajo _____ <small>(si diferente de arriba)</small>
Empleador _____	Empleador _____
# Seguro Social _____ Cumpleaños _____	# Seguro Social _____ Cumpleaños _____
¿Tiene usted seguro de cubierta dental para el niño o menor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene usted seguro de cubierta dental para el niño o menor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del plan _____	Nombre del plan _____
Número de teléfono _____	Número de teléfono _____
Dirección _____	Dirección _____
# de Grupo _____ # de Póliza _____	# de Grupo _____ # de Póliza _____
¿Califica su niño para tratamiento bajo Ayuda Médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número de ID. del niño bajo Ayuda Médica _____

HISTORIAL DENTAL

Fecha de última visita a un dentista _____ ¿Para qué servicio? _____

	SI	NO		SI	NO
¿Se ha quejado el niño de un problema dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recibe fluoruro de alguna manera?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se cepilla el niño a diario?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido golpes en la boca, dientes, cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa hilo dental el niño a diario?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido malas experiencias dentales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene malos hábitos dentales, como chuparse el dedo, comerse las uñas, respirar por la boca, chupete, dormir con el biberón, etc.?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL MEDICO

Médico del niño o menor _____ Ciudad/Estado _____ Teléfono _____

Fecha del último examen médico _____ Resultados _____

SI NO

¿Está el menor bajo el cuidado de un médico actualmente?..... Medicamentos _____

¿Está recibiendo algún medicamento o drogas?..... _____

¿Ha sido hospitalizado alguna vez?..... _____

¿Ha tenido cirugía alguna vez?..... Alergias _____

¿Sangra en exceso cuando se corta?..... _____

¿Ha tenido el niño o menor algún historial de, o dificultades relativas a, las siguientes? Si afirmativo, marque así (✓).

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varicelas | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas Hepáticos | <input type="checkbox"/> Problemas Senos Frontales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Abuso Alcohol/Drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Otras |

EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, ¿a quiénde debemos llamar?

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

AUTORIZACION

La información que he aportado es correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que será guardada bajo la confidencialidad más estricta, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica de mi niño. Autorizo al personal dental a ejecutar los servicios dentales que necesita mi hijo o menor.

Firma del padre o guardián

Fecha

Certifico que mi hijo está cubierto por un seguro con:

Nombre de la aseguradora

y que asigno directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si alguno, que de otro modo se me pagarían a mí, por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo, páguelo o no el seguro. Por la presente autorizo al dentista a presentar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones al seguro, ya sean manuales o electrónicas.

Firma del padre o guardián

Fecha

CAMBIOS

A SER LLENADO DURANTE UNA VISITA FUTURA

¿Ha habido algún cambio en la salud del paciente desde la última visita dental? Yes No

Si en lo afirmativo, por favor describa _____

¿Está el paciente tomando medicinas nuevas? Si No Si en lo afirmativo, por favor liste _____

Fecha _____ Firma del padre o guardián _____

Fecha _____ Firma del padre o guardián _____