

# ¡BIENVENIDO!

Con placer recibimos a su niño en nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño sea placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Deseamos enseñarle una buena higiene oral que le permita a su niño tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

## Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ # Apt. / Condo

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

## Información general

¿Quién acompaña al niño hoy? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. custodia legal de este niño?  Sí  No

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? \_\_\_\_\_

Otros hermanos atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Pariente o amigo que no viva con Ud.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

## Información de los padres

¿Quién es responsable de la cuenta? \_\_\_\_\_ Estado civil de los padre  Solteros  Casados  Viudos  Divorciados  Separados

Padre  Padrastra  Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección (si es distinta de la del niño): \_\_\_\_\_ Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# SS: \_\_\_\_\_ # Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

*Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:*

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): \_\_\_\_\_

Madre  Madrastra  Tutora

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección (si es distinta de la del niño): \_\_\_\_\_ Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# SS: \_\_\_\_\_ # Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

*Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:*

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): \_\_\_\_\_

## Autorización/Permiso

Certifico que mi hijo/a está cubierto por la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ y que seré responsable de cualquier responsabilidad financiera no cubierta por la aseguranza. Entiendo que soy responsable por el pago de servicios prestados así como de cualquier deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo al dentista a difundir cualquier información que sea necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas los documentos sometidos a la aseguranza, tanto de forma manual como electrónica.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONTINUA AL DORSO**

## Historial dental

¿Por qué trajo al niño al dentista hoy? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado el niño alguna vez píldoras dietéticas tales como Phen-Fen?  
(También conocida como Redux o Pondimin.)  Sí  No

Si responde que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿tiene dolor el niño?  Sí  No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental?  Sí  No

¿Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos?  Sí  No

¿Toma el niño agua fluorada?  Sí  No

¿Ha recibido el niño suplementos de flúor?  Sí  No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)?  Sí  No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente?  Sí  No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente?  Sí  No

Médico del niño: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿está el niño bajo atención médica?  Sí  No

Por favor, describa la salud física de su hijo/a:  
 Buena  Regular  Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando:

Favor de incluir algún tipo de alergia que su hijo tenga que no se encuentre en esta lista: \_\_\_\_\_

Sí  No Látex  Sí  No Níquel/Metales  Sí  No Plástico

## Historial médico

¿Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal/Hemofilia              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón              |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ADD/ADHD                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis                      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH +                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión                   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronchas                        |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización/Operaciones             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas con los riñones      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos/coyunturas/válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del hígado           |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión                   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus                          |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paperas                        |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mononucleosis                  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Exposición al VIH, pero Neg.            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlata               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Discapacitación/Minusvalía              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarpullido                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audición                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB)              |

¿Tiene el niño todas sus vacunas al día?  Sí  No

¿Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor?  Sí  No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave que su hijo/a tenga/haya tenido:

¿El niño tiene/ha tenido alguna(s) de las siguientes experiencias?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse/morderse los labios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar en botella                |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse las uñas            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse el dedo                |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mordisquear objetos          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse la lengua/las mejillas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respirar por la boca         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apretar/rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empujar la lengua               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usar chupón                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar pecho                     |

**Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.**

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre or guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado:

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

Comentarios del dentista: \_\_\_\_\_

## Actualización del historial médico

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita?  Sí  No

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita?  Sí  No

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha