HEALTHY TEETH
PEDIATRIC DENTISTRY

Fecha de hoy _____

Bienvenido a nuestra práctica! Nos esforzamos para que cada una de las visitas de su hijo sea cómodo y agradable. Nuestro objectivo es enseñar a su niño hábitos orales que ayudará a mantener su sonrisa hermosa por el resto de su vida.

¿Cómo se enteró de nosotros? ☐Internet ☐Seguro ☐Revista ☐Amigo ☐Otros

Su Niño

Nombre del niño _____
Apodar _____ Sexo _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Escuela _____ Grado _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____

Madre

Estado Civil: ☐Soltera ☐Casada ☐Divorciada ☐Viuda ☐Separada
Nombre _____ ☐Madrastra ☐Protector
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____
Teléfono celular _____
Empleo _____ Occupacíon _____
DL# _____

Padre

Estado Civil: ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Viudo ☐Separado
Nombre _____ ☐Padrastro ☐Protector
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____
Teléfono celular _____
Empleo _____ Occupacíon _____
DL# _____

Partido Responsable

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____
Teléfono celular _____
SS#/SIN _____ DL# _____
Email _____

Seguro Dental Primario

Asegurados nombre _____
Relación _____
Fecha de nacimiento _____ SS#/SIN _____
Empleo _____ Occupacíon _____
Ins empresa _____ Grupo # _____ Emp # _____
Ins dirección de la empresa _____
Deducible _____
Cantidad utilizada _____ Beneficio anual máx. _____

Historia de Salud

Su salud general del niño así como cualquier medicina que su niño toma podrían tener una interrelación importante con el cuidado dental que su niño recibe. Conteste por favor cada uno de las preguntas siguientes completamente.

Historia de salud

¿Ha tenido su niño dificultad con visitas anteriores? _____

¿Tiene su niño una tos o la garganta persistentes que vacían no asociado con una enfermedad conocida (durando más que 3 semanas)? _____

¿Ha Tomado su niño medicamentos? _____

Es su niño alérgico a cualquier medicina, si ése es el caso especifica por favor _____

Tiene a su niño a tenido cualquiera de lo Siguiente:

Asma	☐SI	☐NO	La Fiebre reumática	☐SI	☐NO
Cáncer	☐SI	☐NO	Defecto congénito de Corazón	☐SI	☐NO
Hepatitis	☐SI	☐NO	Incapacidades	☐SI	☐NO
VIH	☐SI	☐NO	Convulsiones/epilepsia	☐SI	☐NO
Hemofilia	☐SI	☐NO	La tuberculosis	☐SI	☐NO
Diabetes	☐SI	☐NO	Sangrar Anormal	☐SI	☐NO
Alergias	☐SI	☐NO	Soplo en el corazón	☐SI	☐NO
Las válvulas artificiales	☐SI	☐NO	Enfermedad de células falciformes/rasgo	☐SI	☐NO
Hipertensión	☐SI	☐NO	Problema nervioso	☐SI	☐NO
Hipotensión	☐SI	☐NO	Autismo	☐SI	☐NO
Enfermedad de la tiroides	☐SI	☐NO	Enfermedad renal o insuficiencia renal	☐SI	☐NO
			ADHD	☐SI	☐NO

Hábitos de niño

¿Con qué frecuencia se cepilla su niño? _____

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental su niño? _____

La fecha de última visita dental _____

Dentista anterior _____

Médico de niño _____ Número de teléfono _____

¿Es el agua de su niño fluoridated? ☐SI ☐NO

¿Toma su niño fluoride suplementos? ☐SI ☐NO

Hace a su niño:

Chupe pulgar/dedo	☐SI	☐NO	Mastica objetos duros (lápices, etc)	☐SI	☐NO
Labios de chupa/mordedura	☐SI	☐NO	Rechina sus dientes	☐SI	☐NO
Unas de mordedura/masca	☐SI	☐NO	Aprieta sus quijadas	☐SI	☐NO

La uñas autorización y Suelta

Según mi leal saber y entender, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Comprendo que proporcionando información inexacta puede ser peligroso a la salud de mi niño. Es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en mi estatus médico de niño. Autorizo al dentista a soltar cualquier información inclusive el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o el examen que se rindió a mi niño durante el período de tal cuidado Dental tercer divertirse indemnizadores y/o otros facultativos de salud. Autorizo y solicito que mi compañía de seguros Pague directamente al dentista o el seguro dental del grupo beneficia de otro modo pagadero a mí. Comprendo que mi portador dental de seguro puede pagar menos que la cuenta actual de servicios. Concuerdo en ser responsable de pago de todos los servicios rendidos a mi/mis dependientes.

_____ _____

La firma de Padre o Guardián si menor Fecha

Actualización de Historia de salud

Fecha _____ Comentarios _____ Firma _____

Fecha _____ Comentarios _____ Firma _____