

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

Informacion de el Niño/a

Nombre _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Apodo _____ O Niño O Niña
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____
 Tel. Casa # (____) _____ SS# _____
 Direccion: _____
 APT. # _____
 Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

Persona Responsable de la Cutenta

Nombre _____ Parentesco _____
 Direccion: _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Casa # _____ Trabajo # _____

Informacion de la Madre O Madrastra O Tutor

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Trabajo # (____) _____ Ext. ____ Casa # _____
 Trabajo _____
 SS # _____ DL# _____

Información del Padre O Padrastro O Tutor

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Trabajo # (____) _____ Ext. ____ Casa # _____
 Trabajo _____
 SS # _____ DL# _____

Estado civil de sus padres
 Soltero Viudo
 Casado Divorciado
 Separado

Quien Acompaña el niño/a ?

Nombre _____
 Parentesco _____
 Tiene usted la custodia de este niño/a? Si No

Seguro Dental Primario

Compañía Aseguradora _____
 Direccion _____
 Num. Telefono (____) _____
 Num. de Poliza _____
 Nombre del Asegurado _____
 Parentesco _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS# _____
 Trabajo _____

Seguro Dental Secundario

Compañía Aseguradora _____
 Direccion _____
 Num. Telefono (____) _____
 Num. de Poliza _____
 Nombre del Asegurado _____
 Parentesco _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS# _____
 Trabajo _____

HISTORIA DENTAL

Por favor responda las proximas preguntas:

Su Hijo(a) a visitado al Dentista en los ultimos 6 meses? Si No

Si, cual es el nombre del Dentista? _____

Si, cuando fue la ultima visita y el proposito? _____

Le han tomado rayos-X a su hijo(a)? Si No. Si, Cuando? _____

Su hijo(a) a tenido problemas con anesteticos? Si No. Si, explique? _____

Espera que su hijo(a) coopere bien? Si No. No, explique? _____

Seleccione como usted cree que su hijo(a) cooperara con el trabajo dental:

No se Sin Problema Poquito de Nervios Nervioso(a) Miedo

Comentarios _____

Cuales problemas a tenido su hijo(a) con visitas dentales en el pasado? _____

Razón por la visita de hoy:

Rutina Cosmetica Habitos Malos (Chupandose el dedo, etc.) Ortodoncia
 Comportamiento Caries Discapacidad Metal o Fisica Otra

Razón: _____

Por favor responda las proximas preguntas:

Su hijo(a) tiene o ha tenido?

Chuparse el Dedo Desde Cuando? _____ Continua? Si No

habito con los dedos Desde Cuando? _____ Continua? Si No

Chupón Desde Cuando? _____ Continua? Si No

Trauma Dental Explique: _____

Su hijo(a) aprieta o muele sus dientes? Si No Si, explique _____

Le gusta la sorisa de su hijo(a)? Si No No, explique _____

Su hijo(a) duerme con el biberon? Si No Si, explique _____

Su hijo(a) toma mas que leche o agua? Si No Si, explique _____

PREVENCIÓN

Cuantas veces su hijo(a) se cepilla los dientes? _____

Supervisa cuando se cepillan o usan el hilo dental? Si No Quien Supervisa? _____

Su hijo(a) recibe: Agua con Fluoruro

Agua embotellada

Vitaminas con Fluoruro

Fluoruro en tabletas/liquido

HISTORIA MEDICA

Su hijo(a) esta recibiendo tratamiento por un: Pediatra Medico General

Por cual razon? _____

Nombre del Medico: _____ Telefono: _____

Su hijo(a) esta en buena condición fisica? Si No. Si, no explique: _____

Esta tomando algun medicamento? Si No. Si, lista: _____

Su hijo(a) a sido hospitalizado o tratado en un cuarto de emergencia? Si No

Si, por que razon? _____

Su hijo(a) tiene? Murmullo del Corazon Clavos/Tornillos Placas Ninguno

Su hijo(a) a tenido que tomar antibioticos antes que ver al dentista? Si No

Su hijo(a) tiene o a tenido: problemas emocionales, mentales o de nervios? Si No

Si, explique: _____

Se lean quitado las amigdalas/adenoides a su hijo(a)? Si No

Indique si su hijo(a) a tenido:

Alergia a Penicilina Retraso Mental Murmullo del Corazon

Alergia a un medicamento VIH Positivo Fisura del Paladar

Alergia a una comida Diabetes Asma

Alergia a Látex Epilepsia Hepatitis

Problemas con el Hígado Tabaco/Drogas Problemas de Sangrar

Cancer Anemia Tuberculosis

Defecto De Hablar Fiebre Reumatica Autismo

Problemas De Conducta Trastorno de los Huesos Discapacidad Fisica

Trastorno de Deficit de Atención Trastorno de Piel (Eczema) Otro: _____

Un Cardiólogo/a o otro especialista esta viendo al niño/niña? Si No

Nombre del Doctor/a: _____ Telefono: _____

Comentario acerca de los problemas fisicos: _____
