

Describe a su Niño :					
Fecha: _____					
Nombre del paciente: _____		Nombre		Nacimiento: _____	
Apellido		Initial		Edad: _____	
Dirreccion: _____				Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad: _____		Estado _____		Codigo Postal: _____	
Telefono: (____) _____		Tel. Celular :(____) _____			
Correo Electronico: _____		SSN: _____			
A quien agradecemos por su referencia? _____					
Persona de contacto, en caso de emergencia? _____				Telefono: (____) _____	

Info. De la Persona Responsable:					
Padre/Guarda					
Nombre de Padre (s) con Custodia : _____					
Paciente vive con (marque los que aplique) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo (s) <input type="checkbox"/> Otro _____					
El partido responsable esta con el Niño hoy? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, cual es su relacion con el paciente? _____					
Nombre de Madre: _____		Titulo: <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Otro _____			
Direccion (si es diferente del Niño): _____					
Telefono (____) _____		Tel. Celular (____) _____		Tel. Trabajo (____) _____	
Correo Electronico: _____		Occupacion: _____			
Nombre de Padre: _____		Titulo: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Otro _____			
Direccion (si es diferente del Niño): _____					
Telefono (____) _____		Tel. Cel (____) _____		Tel. Trabajo (____) _____	
Correo Electronico: _____		Occupacion: _____			
Hermano: _____		Edad: _____		Hermano: _____	
Hermano: _____		Edad: _____		Hermano: _____	

Seguro:					
Seguro Primario					
Nombre Completo de Titular de Poliza _____		Nacimiento: _____			
SSN: _____		Relacion con Paciente _____			
Direccion y Numero (si es diferente) _____					
Empleador: _____		Direccion: _____			
Compañia de Seguro: _____		# de Grupo : _____		ID#: _____	
Esta poliza tiene beneficios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro					
Seguro Secundario					
Nombre Completo de Titular de Poliza _____		Nacimiento: _____			
SSN: _____		Relacion con Paciente _____			
Direccion y Numero (si es diferente) _____					
Empleador: _____		Direccion: _____			
Compañia de Seguro: _____		# de Grupo : _____		ID#: _____	

Esta poliza tiene beneficios? Si No No estoy seguro

Historia Dental		
Porque vino el Niño al Ortodoncista hoy? _____		
Ha tenido el Niño alguno problema serio en relacion con trabajo dental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Toma agua con floruro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El Niño esta tomando suplentos de floruro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ha tenido el Niño dolor o sensibilidad en la mandibula (TMJ/TMD)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Usa hilo dental todo los dias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El Niño tiene los siguientes habitos?		
Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chuparse el dedo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chuparse el labio/morderlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morderse las unas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habitos de biberon de bebe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechinamiento de dientes/Apretar la mandibula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Historia Medica					
Si	No	Si	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murm Corazon	Deficencia al Corazon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	Convulsiones/Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibre Reuma.	Sangrado Abnormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA/HIV	Oido Dañado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	Alguna Operacion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	Estuvo en el Hospital
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	Prob. De Hgado.Riñon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Incapacidades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosthesis	Allergia a Medicinas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a Niquel	Fiebre Escarlatina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	Allergia a Latex

Esta el niño en el cuidado de un Doctor?
 Si No
Nombre del Doctor: _____
Describe la salud del niño: Buena Justa Pobre
Liste las medicinas que el niño toma: _____

Liste las medicinas que el niño tiene alergia:

Yo entiendo que la informacion que he dado es correcta y que se mantendra en la mas estricta confidencialidad, es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en el estado medico de mi niño/a. Tambien autorizo al personal dental que realice el servicio dental que mi niño necesite.

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA --- SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA --- SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/dental con el padre o guarda del paciente.
Iniciales: _____ Fecha: _____
Comentarios del Doctor: _____