



DÍGANOS SOBRE SU HIJO/A

Fecha de Hoy: _____ Apodo: _____

Nombre del Niño/a: _____

Apellido Nombre MI

E-Mail: _____

SS# _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Edad: _____ Masculino Femenino

Pasatiempos/Deportes: _____

Escuela: _____

Número de teléfono: _____

Dirección donde reside Niño/a: _____

Ciudad Estado Zip

QUIÉN ACOMPAÑA A SU HIJO/A HOY?

Nombre: _____ Relación: _____

Tiene custodia legal del niño/a: _____

A quién le debemos de agradecer su referido? _____

Edades de hermanos/as del paciente: _____

Dentista General: _____

Fecha de ultima visita: _____

Estado civil (casado, divorciado, separado) _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE: Madrastra Guardián

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Trabajo#: (____) _____ Ext: _____ Casa#: (____) _____

Empleador: _____

Cuanto tiempo lleva en trabajo: _____ Título: _____

SS#: _____ Lic#: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE: Padrastra Guardián

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Trabajo#: (____) _____ Ext: _____ Casa#: (____) _____

Empleador: _____

Cuanto tiempo lleva en el trabajo: _____ Posición: _____

SS#: _____ Lic#: _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad Estado Zip

Dirección anterior: _____

Ciudad Estado Zip

Casa#: (____) _____ Cell#: (____) _____

Lic#: _____ SS#: _____

Empleador: _____

Trabajo#: (____) _____ Ext: _____

SEGURO PRIMARIO DE ORTODONCIA

Cobertura de Ortodoncia: Si No

Nombre de Seguro: _____

Dirección Postal del Seguro: _____

Ciudad Estado Zip

Teléfono del Seguro#: (____) _____

Nombre del asegurado principal de la Póliza: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

SS#: _____

Empleador: _____

Grupo #: _____

¿Esta póliza ha sido utilizada para Tratamiento de ortodoncia anteriormente? Si No

Si No

¿Cuáles son las preocupaciones que le gustaría que su tratamiento de ortodoncia le corrigiera? _____

¿Alguna vez ha Tomado Phen-Fen?
(También Conocido como Redux or Pondimin) Si No

¿Alguna vez ha sido evaluado o ha tenido tratamiento de Ortodoncia? Si No

¿Ha sufrido alguna lesión en la cara, boca, dientes o barbilla? Si No

Indique cualquier instrumento musical que toque: _____

¿Las adenoides o amígdalas han sido removidas? Si No

¿Se le ha informado de Dientes ausentes o extra? Si No

¿Ha tenido dolor o molestia en la articulación de la mandíbula (TMJ / JMD)? Si No

¿Se cepilla los dientes todos los días? Si No

¿Usa el hilo dental todos los días? Si No

Nombre del pediatra : _____

Teléfono#: (____) _____ Fecha de su ultima visita _____

¿El niño/a a comenzado pubertad? Si No

Describe el estado físico actual del niño/a:

Buena Regular Pobre

Por favor, anote todos los medicamentos que esté tomando actualmente:

Enumere todas los medicamentos/cosas a las que el niño/a es alérgico:

- Reconozco que la información contenida en el expediente de salud es autentica. Es mi responsabilidad informar con prontitud a esta oficina de cualquier cambio que haya surgido en esta.
- Esta oficina se reserva el derecho de verificar y extender el crédito a potenciales pacientes y/o padres de los pacientes; así como también queda a nuestra discreción la solicitud de uno o mas servicios de reporte de crédito.

¿SU NIÑO/A HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

- | | |
|--|--|
| S N Sangrado anormal | S N Convulsiones / Epilepsia |
| S N ADD / ADHD | S N Diabetes |
| S N Alergias a medicamentos | S N Impedimentos |
| S N Alergia al látex | S N Alergias al metal |
| S N Discapacidad auditiva | S N Alérgico al plástico |
| S N Murmullo del corazón | S N Ha estado hospitalizado |
| S N Hemofilia | S N Operaciones |
| S N Hepatitis | S N VIH / SIDA |
| S N Asma | S N Problemas renales / hepáticos |
| S N Cáncer | S N Tuberculosis (TB) |
| S N Defecto congénito del corazón | S N Espectro de autismo |
| S N Prótesis del corazón / Articuciones | |
| S N Fiebre reumática / escarlata. | |

Por favor, describa cualquier problema médico que haya tenido:

¿SU NIÑO/A ALGUNA VES HA TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MEDICOS?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| S N Hábitos de Biberón | S N Morderse los labios |
| S N Problemas del habla | S N Respirador bucal |
| S N Morderse las uñas | S N Empuje de la lengua |
| S N Hábito de chupar Dedo | |
| S N Apretar dientes o Bruxismo | |

INFORMACIÓN DE ALGÚN FAMILIAR O AMIGO QUE NO VIVA CON USTED

Nombre: _____ Tel: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Zip

- Autorizo al personal odontológico a realizar cualquier servicios dentales que pueda necesitar.

- Si esta oficina acepta un seguro, entiendo que soy responsable de los pagos de servicios prestados y así como también responsable de pagar cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubra.

Firma

Fecha

He leído las preguntas anteriores y las entiendo. El Ortodoncista ni ningún miembro de su personal es responsable de los errores u omisiones que he cometido al completar este formulario. Notificaré a mi Ortodoncista de cualquier cambio en mi salud médica o dental.

El padre o guardian que acompaña a este niño es responsable del pago. Nuestra oficina está comprometida con cumplir o superar los estándares de control de infecciones exigidos por OSHA, CDC y ADA.