

INFORMACION DEL NIÑO

Fecha de hoy: _____ Apodo: _____

Nombre del Niño: _____

Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

Fecha de nacimiento del niño: ___/___/___ Edad: ___ Niño Nina

Seguro Social: _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad Estado Código postal

Escuela: _____ Grado: _____

Hobbies/Deportes: _____

Hermanos/Edades: _____

Seguro de Ortodoncia

Coertura Ortodoncia Y N

Nombre de Aseguradora: _____

Teléfono de aseguradora: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

SS#/ ID#: _____

Relación con el paciente

INFORMACION DEL PADRE/MADRE

Persona responsable de la cuenta: _____ Relación: _____

Estado civil de los padres: Solteros Casados Conviven Viudos Separados Divorciados

Relación con el paciente: Padre/Madre Padrastro/Madrastra Guardian Legal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____

Seguro Social: _____ Licencia de conducir: _____

Correo electrónico: _____

#Teléfono casa: _____ # Celular: _____

#Trabajo: _____ Número de años en su trabajo actual? _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Cuál es la mejor manera para contactarlo/a? Celular Casa Trabajo Email

Relación con el paciente: Padre/Madre Padrastro/Madrastra Representante Legal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____

Seguro Social: _____ #Licencia: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono casa : _____ # Celular: _____

Trabajo: _____ Número de años en su trabajo actual? _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Cuál es la mejor manera para contactarlo/a? Celular Casa Trabajo Email

Información Dental

Dentista General: _____

Día de última visita/limpieza _____

Como escuchó de nosotros?
Marque todas las que apliquen)

Dentista

Familiar/Amigo

Pagina Web

Google

Social Media

Escuela: _____

Otro (Por favor especifique): _____

Otros miembros de su familia que estén o se hayan tratado con nosotros:

Historial Dental

Cuales son las mayores preocupaciones que usted quisiera que el tratamiento de ortodoncia corrigiera?

Ha sido evaluado alguna vez para recibir tratamiento de Ortodoncia?	S	N
Ha tenido alguna dificultad seria /problema asociado a algún Trabajo dental previo?	S	N
Ha sufrido en alguna ocasion de lesiones en su cara,boca, dientes o barbilla?	S	N
Cuando? Explique? _____		
Actualmente tiene o ha sufrido de dolor/molestia en la quijada (ATM / TMD)?	S	N
Le gusta sonreir?	S	N
Le sangran las encias?	S	N
Visita al Dentista General de manera regular?	S	N
Tiene problemas del habla?	S	N
Se le ha removido las amigdalas o adenoides?	S	N
Le falta algún diente o tiene algún diente permanente adicional?	S	N
Se cepilla los dientes a diario?	S	N
Usa el hilo dental a diario?	S	N
Alguna vez ha tomado Phen-Fen (Redux, Pondimin)?		
Alguna vez ha tomado Fosamax, u otro tipo de bisphosphonate?	S	N
Esta consciente que algunas citas podrían interferir con sus horarios de trabajo o la escuela?	S	N

ALLERGIAS/ PRE-MEDICACION (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Codeina	<input type="checkbox"/> Niquel/Metales	<input type="checkbox"/> Tetraciclina
<input type="checkbox"/> Anestésicos Dentales	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Requiere pre-medicacion antes de procedimientos dentales?	S	N

Usted ha tenido alguno/s de los siguientes habitos?

Apretar/rechinar los dientes	S	N
Tomar botella o tetero	S	N
Chuparse/morderse los labios	S	N
Problemas del habla	S	N
Respirar por la boca	S	N
Chuparse los dedos	S	N
Morderse las unas	S	N
Empujar la lengua	S	N
Usar chupon. Edad que dejo de chupar _____	S	N

Entiendo que la informacion que he proporcionado es correcta, y que es mi responsabilidad informarle a Garcia Family Orthodontics / Ana V. Garcia, DDS PA de cualquier cambio en el estado medico de mi hijo/a o dependiente. Entiendo que soy responsable por los pagos de servicios realizados y por pagar cualquier deducible que mi seguro no cubra. Autorizo el pago de los beneficios de mi seguro a esta oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Historial Medico

Ha experimentado alguno de los siguientes problemas?

Sangrado anormal	S	N
ADD/ ADHD	S	N
Anemia	S	N
Hospitalizaciones/Operaciones Tipo /fecha _____	S	N
Valvulas artificiales	S	N
Soplo del corazon	S	N
Asma	S	N
Transfucion sanguinea	S	N
Cancer/Quimioterapia	S	N
Varicela	S	N
Defecto congenito del corazon	S	N
Epilepsia/Convulsiones	S	N
Diabetes	S	N
Dificultad Respiratoria	S	N
Problemas Audición	S	N
Problemas Endocrinos	S	N
Actualmente emberazada	S	N
Artritis	S	N
Prolapso Valvula Mitral	S	N
Problemas Cardiacos	S	N
Hemofilia	S	N
Hepatitis	S	N
Herpes	S	N
Hiper/hipotension	S	N
Sida/VIH	S	N
Problemas Hgado /Rinon	S	N
Lupus	S	N
Problemas Siquiatricos	S	N
Fiebre Reumatica /	S	N
Fiebre Escarlata		
Anemia Celulas falciformes	S	N
Sinusitis	S	N
Tuberculosis (TB)	S	N
Sarampion	S	N
Paperas	S	N
Polio	S	N
Dolores de cabeza frecuentes	S	N
Enfermedades Venereas	S	N
Alguna Discapacidad	S	N
Tipo ? _____		
Abuso Drogas/Alcohol	S	N
Algun tipo de Protesis	S	N
Difteria	S	N
Enfisema	S	N
Ampolla de fiebre	S	N
Glaucoma	S	N
Enfermedad/ Rasgo de celulas falciformes	S	N
Ataque del Corazon/	S	N
Trombosis		
Ulceras, Colitis	S	N
Por favor menciones cualquier problema medico que tenga o haya tenido o medicinas que esta tomando actualmente:		

