



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

## 1. Información de el (la) Niño (a)

Nombre \_\_\_\_\_  
apellido                      nombre                      Inicial

Apellido \_\_\_\_\_  Niño  Niña

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Edad \_\_\_\_\_

Tel. Casa # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ APT.# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

## 2. Persona Responsable de la Cuenta

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Casa# \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

## 3. Información de la Madre madrastra tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_

Patrona \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_ DL # \_\_\_\_\_






## 4. Información del Padre padrastro tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_



Patrona \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_ DL # \_\_\_\_\_

Estado civil de sus padres  soltero  casado  separado  viudo  divorciado

## 5. Quién Acompaña el (la) niño (a)?

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tienes usted la custodia de este niño?  SI  NO

## 6. Seguro Dental Primario

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Num. Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Num. de Póliza \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_

## 7. Seguro Dental Secundaria

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Num. Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Num. de Póliza \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_

continúa al dorso



## 8. Historia Dental

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista?

---



---

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes Habitos ?

S N Se chupa el dedo / los dedos    S N Se come las unas

S N Se chupa / se muerde los labios    S N Usa Biberon

Ha padecido o padece dificultad el (la) niño (a) asociadas con Trabajo dental?

SI NO

Y si a tenido explique \_\_\_\_\_

Tiene la agua de el (la) niño (a) floristat? SI NO

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos Floristats? SI NO

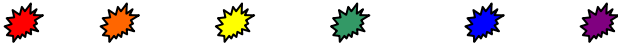
Ha padecido o padece dolor/tiernamente En la quijada de el (la) niño (TMJ / TMD) ? SI NO

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario? SI NO

Seda/Floja sus dientes diario? SI NO



Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o superar las regulaciones de control de infeccion sugun el OSHA, el CDC, y el ADA



## 10.

A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relacion a Paciente \_\_\_\_\_

**USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL**

Yo verbalmente reviste El medico/dental sobre la information con los padres/guardajero y paciente  
Aqui en \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aseguro Verification: Fech Efectivo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preventivo \_\_\_\_\_%    Deductable \$ \_\_\_\_\_

Basico \_\_\_\_\_%    Maximo \$ \_\_\_\_\_

Mayor \_\_\_\_\_%    Reclamo Electrico SI NO

## 9. Historia Salud

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

S N Sangra Anormalmente    S N Alguna Incapacidad

S N Alergia a alguna Droga    S N Problemas de los Oidos

S N Ha sido Hospitalizado    S N Soplo

S N Ha tenido alguna Operacion    S N Hemofilia

S N Asma    S N Hepatitis

S N Problemas del Higado / Rinones    S N SIDA ("HIV")

S N Defecto Congenito del Corazon    S N Cancer

S N Convulsiones / Epilepsia    S N Diabetes

S N Pregnancy    S N Alergia(o) a producto Latex

S N Fibre Reumatica/ Escarlatina    S N Tuberculosis (TB)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido

---



---

Enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) este tomando ahora

---

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alergico

---

Nombre del medico de familia \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico?

SI NO

Por favor, describa la salud fisica del niño (a)  
 Excelente    Normal    Pobre