



# Dr. Stella's Funtastic Dental And Orthodontics

Fecha: \_\_\_\_\_

## RESPECTO A SU NIÑO(A)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Niño Niña  
APELLIDO NOMBRE INICIAL  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Tel. Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_  
Numero De Segura Social  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE NUM. APT. CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

## NIÑO(A) ACOMPAÑADO POR

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted la custodia de este niño(a)? Si No Referido por: \_\_\_\_\_  
 Parientes que nos visitan: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su dentista previo/presente: \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_  
(Marque con un círculo)  
 Estado civil de sus padres: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

## INFORMACIÓN DE LÁ MADRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Madrastra Tutor  
 Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Res.: \_\_\_\_\_  
 Patrono: \_\_\_\_\_  
 Num. SS: \_\_\_\_\_  
 Num. Lic.: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LÁ PADRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Padrastro Tutor  
 Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Res.: \_\_\_\_\_  
 Patrono: \_\_\_\_\_  
 Num. SS: \_\_\_\_\_  
 Num. Lic.: \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_ Num. Lic: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE NUM. APT. CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL  
 Tel. Resedecial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Patrono: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## Persona Responsable De Las Citas

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. Resedecial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL PRIMARIO

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Num. de Póliza: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Num. de Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
**Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Cubierta de Ortodoncia? Si No Num. SS: \_\_\_\_\_  
 Patrono: \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Num. de Póliza: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Num. de Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
**Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Cubierta de Ortodoncia? Si No Num. SS: \_\_\_\_\_  
 Patrono: \_\_\_\_\_

**¿POR QUÉ VIENE EL(LA) NIÑO(A) HOY AL DENTISTA?**

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

- ¿Ha tenido el(la) niño(a) algún problema asociado con trabajo dental previo? Si No
- ¿Toma el(la) niño(a) agua con fluoruro? Si No
- ¿Toma el(la) niño(a) suplementos con fluoruro? Si No
- ¿Ha sentido alguna vez el(la) niño(a) dolor / sensibilidad en la articulación de la mandibula (TMJ)? Si No
- ¿Se cepilla el(la) niño(a) los dientes diariamente? ¿Cuantas veces al día? \_\_\_\_\_ Si No
- ¿Usa el(la) niño(a) hilo dental todos los días? Si No

Nombre del médico de familia: \_\_\_\_\_ Num. Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Última Cita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Está el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algún médico? Si No

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

Por favor, enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) esté tomando ahora: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alérgico: \_\_\_\_\_

**¿HA PADECIDO O PADECE EL(LA) NIÑO(A) DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS O CONDICIONES MEDICAS?**

Sangra Anormalmente	Si	No	Defecto Congénito del Corazón	Si	No	Hemofilia	Si	No
Alergia a alguna Droga	Si	No	Convulsiones /Epilepsia	Si	No	Hepatitis	Si	No
Ha sido Hospitalizado	Si	No	Diabetes	Si	No	SIDA ("HIV")	Si	No
Ha tenido alguna Operación	Si	No	Alguna Incapacidad	Si	No	Problemas del Hígado/Riñones	Si	No
Asma	Si	No	Problemas de los Oídos	Si	No	Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina	Si	No
Cáncer	Si	No	Soplo	Si	No	Tuberculosis (TB)	Si	No

Por favor, describa cualquier problema médico que este(a) niño(a) haya padecido: \_\_\_\_\_

**TIENE EL(LA) NIÑO(A) ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS**

Se chupa el dedo / los dedos	Si	No	Se come las uñas	Si	No
Se chupa / se muerde los labios	Si	No	Usa Biberón	Si	No

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por el OSHA, el CDC y el ADA.

A mi mejor entender, la información dada es correcta. Entiendo también 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 que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento al niño(a).

Firma del Padre / Madre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**USO OFICIAL**

He revisado verbalmente la información médica / dental con el padre / la madre / tutor o paciente nombrado(a).

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios del Dentista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cambios en el historial médico**

1. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_