

Historial Dental

Razón de visita _____ ¿Es esta la primera visita de su hijo/a al dentista? **Sí** **No**

Fecha de último cuidado dental _____ Fecha de últimos Rayos-X _____

¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morder el labio | <input type="checkbox"/> Respirar por la boca |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de habla | <input type="checkbox"/> Empuje de la boca |
| <input type="checkbox"/> Morderse las uñas | <input type="checkbox"/> Hábitos de mamar biberón |
| <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo | <input type="checkbox"/> Apretar / Rechinar los dientes |

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. Se cepilla el paciente los dientes diariamente? | Sí | No |
| 2. El paciente usa el hilo dental diariamente? | Sí | No |
| 3. Ha tenido el paciente tratamiento de Ortodoncia (frenos)? | Sí | No |
| 4. Ha tenido el paciente un problema o dificultad asociado con un trabajo dental previo? | Sí | No |
| 5. Ha tenido el paciente alguna dolencia o sensibilidad en su articulación de mandíbula (TMJ/TMD)? | Sí | No |

Historial Medico

- | | | | |
|--|--------------|------------------|-----------------------|
| 1. Está el paciente actualmente bajo cuidado médico? | Sí | No | |
| 2. Ha sido hospitalizado el niño/a alguna vez? | Sí | No | |
| 3. Tiene el niño/a algún impedimento físico, mental o emocional? | Sí | No | |
| 4. Describe la condición física actual del paciente: | Buena | Favorable | Poco favorable |

(POR FAVOR MARQUE POR LO MENOS UNO (1) DE LAS CAJAS)

Ha tenido el paciente alguno de los siguientes problemas médicos? Marque por los menos uno (1) de las cajas

No Problemas Medicos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Oído |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hemofilia (Enfermedad Sanguinea) |
| <input type="checkbox"/> Huesos Artificiales / Tejidos | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón / Hígado |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Operaciones / Cirugía: _____ |
| <input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco Congénito / Murmullo cardíaco | <input type="checkbox"/> Reumático / Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Unicelular / Rasgos |
| <input type="checkbox"/> Sangradura Anormal | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad / Impedimento: _____ | |

5. Anote cualquier problema médico que ha tenido el paciente: _____

6. Aliste todas las medicinas recetadas / sin receta o suplementos naturales que el paciente este tomando actualmente: _____, _____, _____

Mujeres Adolescente:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Está tomando anticonceptivo oral? |
| <input type="checkbox"/> Está embarazada o piensa que tal vez esté embarazada? |
| <input type="checkbox"/> Está amamantando? |

Alergias (Marque por los menos uno (1) de las cajas)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Comida: _____ |
| <input type="checkbox"/> Níquel | <input type="checkbox"/> Nueces: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plástico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ninguno / a | |

Yo entiendo que la información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico del paciente. Yo autorizo al Dentista y al personal de Children's Dental FunZone que realice ayudas diagnósticas incluyendo radiografías, moldes y fotografías como sea apropiado para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente. Yo autorizo el uso de ésta firma en todas las aplicaciones de seguro. Autorizo al dentista a divulgar toda información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi seguro. Entiendo que se me cobrará una tasa porcentual anual de 24% para cualquier saldo vencido durante 60 días. Doy mi consentimiento a Children's Dental FunZone para usar mi número de teléfono celular para llamar o enviar mensajes de texto con respecto a citas, seguro y mi cuenta. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. (Iniciales)

Nombre de Padre/Tutor Legal (Imprimir)

Firma

Fecha

Revisar el Historial Medico/ Comentarios

Firma de Dentista

Fecha

