

Historia Dental/Médica

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Estado general de salud de su hijo/hijo, así como medicamentos que toma excetara.

Con que frecuencia se cepilla su hijo/hijo? []

Con que frecuencia usa su hijo/hija el hilo dental? []

Su hijo /hija actual mente usa agua que contega Yes No

Su Hijo..

- Se chpar el pulgar o el dedo
- Moler los dientes

- Se chpar/morder el labio
- Morder/masticar uñas

- Se mastica objetos duros (hielo ext.)
- Apretar la mandibula

Historia Dental

Dentista anteriores (por favor agregar el nombre, la direccion y numero de telefono) Yes No

[Empty text box for previous dentist information]

Fecha de la ultima visita dental. []

Y para que fue []

Ha tenido su hijo/hija dificultad con previa Dental en ca afirmativo Yes No If yes []

Historia Medica

El medico del niño (Por favor agregar el nombre, la direccion y numero de telefono) Yes No

[Empty text box for medical history]

Informacion sobre la salud

Anterior hospitalizacion/cirugias/efermedad Yes No If yes []

Esta su hijo/hija tomado medicamentos? (en caso afirmativo sirvase enumerarlas) Yes No

[Empty text box for medication information]

Su niño ha tenido Fenphen/Redux? Yes No

Su hijo/hija tiene una historial de alergias a:

- Penicilina
- Ambiental
- Novocaina
- Latex
- Comidas

Other []

Su niños ha tenido alguno de los siguientes:

- Asthma
- Hemofilla
- Síndrome de Autismo/Abajo
- Tuberculosis
- Culvision/Epilepsia
- Cancer
- Sangrado anormal
- ADHD/ADD/COD
- Diabetes
- Osteoporosis
- Hepatitis
- Defectro Congenito del corazon
- Estomago/Higado/Riñon problemas
- Fiebre reamatica
- bipolar trastorno del sistema nervioso
- El VIH/Sida
- El reflujo acido
- Impedimentos/Discapacidades
- Murmur Corazon
- Retraso en el desarrollo del habla

Otros problemas medicos (en caso afirmativo,por favor explique) Yes No If yes []

Autorizacion y Liberacion:

Para menos mejor de mi conocimieto, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precision. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligrosa

Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado de salud del niño. Tambien autorizo al dentista debe jugar el servicio dental necesario que mi hijo

Tambien autorizo al dentista a divulgar cualquier informacion,incluyendo el dignosis y los registro de tratamiento o examen rendido a mi hijo/hija así como el perliodo de atencion pagadores de terceros yo de otros profesionales de la salud.

Yo autorizo y solicito a mi compañia de seguros pagar directamente al dentista o beneficios de seguro de grupo del dentista de otro modo pagadero a mi.

Entiendo que mi compañia de seguros puede pagar menos que factura real por el servicio.

Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

Escriba su Nombre (Nombre del Padre/Guardiante del paciente) _____

Signature of Firma del Padre/Guardiante:

[Signature line]

Date: _____

X