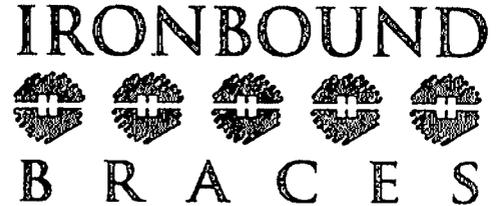


BIENVENIDOS AL ORTODONCISTA

Nos gustaría darle la bienvenida a usted y su hijo a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer que la visita de cada niño sea educacional y agradable. Nos esforzamos por enseñar un buen cuidado bucal que permita a cada niño tener una hermosa sonrisa que dura toda la vida.



POR FAVOR DE LLENAR ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE.

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO

Fecha de hoy: ___/___/___
Nombre de su hijo: _____
Primero. M. Apellido
Apodo: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____
Número de Seguridad Social: _____
Escuela: _____ Grado: _____
Aficiones/Deportes: _____
Dirección: _____
Calle Número # do Apt
Ciudad Estado Código Postal
Correo Electrónico: _____

QUIEN ESTÁ ACOMPAÑANDO A SU HIJO HOY?

Nombre: _____ Relación: _____
Tiene usted la custodia legal de este niño? Sí No
A quien agradecemos por referir a usted? _____
Lista de hermanos/hermanos con la edad: _____
Dentista General: _____ Última Visita: ___/___/___
Estado civil de los padres: Soltero Casado Divorciado Viudo
 Separado

INFORMACIÓN DE LA MADRE: Guardián Madrastra

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
de casa: (____) # de trabajo: (____)
Empleador: _____
Cuanto tiempo en el trabajo actual: _____ Título: _____
Número de Seguridad Social: _____
Número de Licencia de Conducir: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE: Guardián Padrastro

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
de casa: (____) # de trabajo: (____)
Empleador: _____
Cuanto tiempo en el trabajo actual: _____ Título: _____
Número de Seguridad Social: _____
Número de Licencia de Conducir: _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA:

Nombre: _____ Relación: _____
Dirección de Envío: _____
Calle # de Apt
Ciudad Estado Código Postal
Dirección Anterior: _____
Calle # de Apt
Ciudad Estado Código Postal
Empleador: _____
de casa: (____) # de trabajo: (____)
Número de Seguridad Social: _____
Número de Licencia de Conducir: _____

Quien es responsable de hacer citas?

Nombre: _____
de casa: (____) # de trabajo: (____)

Vecino o pariente que no vive con usted.

Nombre: _____ # de casa: (____)
Dirección: _____

SEGURO PRIMARIO

Cobertura Ortodontica: Si No Cobertura Dental: Si No
Nombre de la compañía del seguro: _____
Dirección: _____
de teléfono de la compañía del seguro: (____)
de grupo(plan, local, o # de póliza): _____
Nombre del asegurado: _____ Relación: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: ___/___/___
de ID del asegurado: _____
Empleador del Asegurado: _____

SEGURO SECUNDARIO

Cobertura Ortodontica: Si No Cobertura Dental: Si No
Nombre de la compañía del seguro: _____
Dirección: _____
de teléfono de la compañía del seguro: (____)
de grupo(plan, local, o # de póliza): _____
Nombre del asegurado: _____ Relación: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: ___/___/___
de ID del asegurado: _____
Empleador del Asegurado: _____

HISTORIA MÉDICA

Las principales preocupaciones que le gustaría lograr con la ortodoncia?

Su hijo a sido evaluado o tenido tratamiento ortodóntico? Sí No

Su hijo a tenido alguna herida en: Cara Boca Dientes Barbilla

Lista de instrumentos musicales que toca: _____

Su hijo fue informado de algún diente permanente perdido/extra? Sí No

Ha tenido su hijo alguna vez dolor/sensibilidad en la articulación de la mandíbula? Sí No

Su hijo se cepilla diario? Sí No

Usa hilo dental? Sí No

Doctor del niño: _____

de teléfono: (____) _____ Fecha de la última visita: ____/____/____

Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

Ha comenzado la pubertad? Sí No

Ha comenzado la menstruación? (niña) Sí No

En caso sí, cuándo fue la menstruación? _____

La salud física de su hijo es: BUENA JUSTA POBRE

Lista de medicamentos que su hijo esté tomando:

Lista de drogas/cosas que su hijo sea alérgico ha:

Ha tenido su hijo alguno de los siguientes problemas médicos?

- | | |
|--|---|
| Sangrado anormal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desventaja/Discapacidades: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Discapacidad Auditiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alergias a Alguna Droga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo Cardíaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alergia a metales/latex: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alergia a plástico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier hospitalización: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alguna operación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del Riñón: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del hígado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Defecto Cardíaco Congénito: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Lupus: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina/Fiebre Reumática: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones/Epilepsia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de células falciformes/rasgo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Huesos/Articulaciones/Válvulas Artificiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Trastorno por Déficit de la Atención: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Por favor discuta cualquier problema médico que su hijo haya tenido:

TIENE/TUVO SU HIJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS?

- Apretar/Rechinar los dientes: Sí No
- Chuparse los labios/morder: Sí No
- Respirar por la boca: Sí No
- Mordiendo las uñas: Sí No
- Biberón: Sí No
- Problemas de lenguaje: Sí No
- Chuparse el dedo: Sí No
- Empuje de la lengua: Sí No
- Su hijo fue amamantado? Sí No

Yo entiendo que la información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad. También entiendo que es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar.

Firma del padre/guardián

Fecha

Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado crediticio de los pacientes y/o padres potenciales de los pacientes antes de otorgar crédito por las tarifas de tratamiento y, a la discreción de la oficina, puede utilizar los servicios de uno o más servicios de informes de crédito.

Firma del padre/guardián

Fecha

Autorizo el pago de beneficios dentales de acuerdo con mi póliza de seguro actual para Ironbound Braces, LLC por servicios profesionales prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra.

Firma del padre/guardián

Fecha

El padre o guardián que acompaña al paciente es responsable de los pagos. Reconozco que recibí un aviso de Prácticas de Privacidad de Ironbound Braces, LLC.

Firma del padre/guardián

Fecha

Nuestra oficina es compatible con HIPPA y se compromete a cumplir o superar las normas de control de infecciones exigidas por OSHA, CDC y ADA.

USO DE OFICINA SOLAMENTE/OFFICE USE ONLY

I verbally reviewed the medical/dental information above with the patient named here in.

Initials: _____ Date: ____/____/____

Doctor's Comments:

