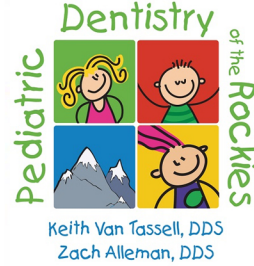


¡Bienvenidos!



4609 South Timberline Rd., Suite 103B
Fort Collins, CO 80528
PH: (970) 484-4104
FX: (970) 484-5245

Formulario de Historial de Salud

Para su conveniencia... **Empriman, llenen completamente, y traigan este formulario con ustedes a su primera visita.** El padre o guardián legal acompañando al niño, será responsable por los cargos el día de la cita.

1. Díganos Sobre Su Niño

Nombre del niño _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
Apodo _____ Masculino Femenino
Hermanos que vemos _____
Fecha de nacimiento ____ de ____ de ____ Edad _____
Número de teléfono (____) _____
Número de seguro social _____
Dirección de casa: _____

Ciudad Estado Código postal

2. ¿A quién podemos agradecerle por referirlos a nuestra oficina?

3. Información de Mamá

Nombre _____
Mamá Madrastra Guardián Fecha de Nacimiento ____/____/____
Empleador _____
Número de trabajo (____) _____ Ext. _____
Número de casa (____) _____
Número de celular (____) _____
Seguro Social _____ Licencia _____

4. Información de Papá

Nombre _____
Papá Padrastra Guardián Fecha de nacimiento ____/____/____
Empleador _____
Número de trabajo (____) _____ Ext. _____
Número de casa (____) _____
Número de celular (____) _____
Seguro Social _____ Licencia _____

5. ¿Quién Acompaña al Paciente el Día de Hoy?

Nombre _____
Su relación al paciente _____
¿Tiene custodia legal del paciente? Si No

6. Persona Hecha Responsable por la Cuenta

Nombre _____
Su relación al paciente _____
Dirección postal _____

Ciudad Estado Código Postal
Número de casa (____) _____
Número de trabajo (____) _____
Número de celular (____) _____
Correo electrónico _____

7. Seguro Dental Primario

Nombre de la compañía de seguros _____
Dirección postal _____

Número de teléfono (____) _____
Número de grupo o póliza _____
Nombre del **dueño de la póliza** _____
Su relación al paciente _____
Fecha de nacimiento del **dueño de la póliza** ____/____/____
Seguro social _____
Empleador del **dueño de la póliza** _____

8. Seguro Dental Secundario

Nombre de la compañía de seguros _____
Dirección postal _____

Número de teléfono (____) _____
Número de grupo o póliza _____
Nombre del **dueño de la póliza** _____
Su relación al paciente _____
Fecha de nacimiento del **dueño de la póliza** ____/____/____
Seguro social _____
Empleador del **dueño de la póliza** _____

9. Historial Dental

¿Es la primera visita de su niño al dentista? _____

Si no, ¿hace cuanto fue su última visita? _____

¿Le tomaron radiografías en esa visita? _____

¿Ha tenido algún trauma a los dientes, cara o boca? _____

En caso afirmativo, explique _____

¿Cuál es la razón por cual ha traído a su niño hoy? _____

¿Tiene algunos de los siguientes hábitos?

S N ¿Chuparse o morderse el labio? **S N** ¿Morderse las uñas?

S N ¿Hábitos de dormir con biberón? **S N** ¿Chuparse el dedo?

¿Ha tenido algún problema serio o complicaciones asociadas con el tratamiento dental? **Si No**

En caso afirmativo, explique _____

¿Esta fluorada el agua del niño? **Si No**

¿Está tomando suplementos de fluoruro? **Si No**

¿Ha tenido alguna vez algún dolor o sensibilidad en su articulación

Mandibular? (ATM)? **Si No**

¿Se cepilla los dientes diariamente? **Si No**

¿Usa hilo dental? **Si No**

10. Historial de Salud

¿El niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

S N Hemorragias anormal **S N** Discapacidades

S N Alergias alguna droga **S N** Discapacidad auditiva

S N Hospitalizaciones **S N** Soplos cardíacos

S N Operaciones **S N** Trastorno de sangre

S N Asma **S N** Hepatitis

S N Cáncer **S N** VIH + / SIDA

S N Defectos de nacimiento **S N** Condiciones de riñón/hígado

S N Convulsiones/ Epilepsia **S N** Fiebre Escarlata/Reumática

S N Embarazo **S N** Alergias al látex

S N Tuberculosis **S N** Diabetes

Por favor, díganos sobre cualquier condición seria que su niño haya tenido _____

Anote todos los medicamentos que el niño esté tomando _____

Anote todos los medicamentos que el niño sea alérgico ha _____

Médico del niño _____

Teléfono (_____) _____

¿Está el niño bajo el cuidado de un médico? **Si No**

Por favor, describa la salud física del niño...

Buena Regular Mala

11.

Entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se llevará a cabo en la más estricta de confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo.

Autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar.

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Su Relación al Paciente

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o superar los estándares de control de la infección por el mandato de OSHA el CDC, y la ADA.

Sólo para Uso de Oficina

He verbalmente revisado la información médica o dental anterior con el padre o tutor y paciente en cuestión en este documento.

Iniciales _____ Fecha _____

Comentarios del médico _____

