

Historial dental y médico

¿Cuáles son las mayores preocupaciones que Ud. quisiera que el tratamiento de ortodondia corriera?

¿Ha sido evaluado el niño alguna vez para recibir tratamiento de ortodondia? Sí No

¿Ha sufrido el niño en alguna ocasión de lesiones en su cara, boca, dientes o barbilla? Sí No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Se le han removido las adenoides o amígdalas/anginas? Sí No

¿Le falta a su niño algún diente permanente? Sí No

¿Tiene alguno adicional? Sí No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)? Sí No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? Sí No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente? Sí No

Médico del niño:

Tel.: Fecha de la última visita:

Actualmente, ¿está el niño bajo el cuidado de algún médico? Sí No

¿Ha comenzado la pubertad? Sí No

¿Ha comenzado la menstruación? Sí No

Por favor, describa el estado de salud actual del niño: Bueno Regular Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando actualmente:

Haga una lista de todas las medicinas/cosas a las que el niño es alérgico:

Y N Látex Y N Metales/Níquel Y N Plástico

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Entiendo que la información que he proporcionado es, hasta donde yo sé, correcta, que ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre o tutor Fecha



PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado.

Firma del dentista Fecha

Comentarios del dentista:

Actualización del historial médico

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique:

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique:

Firma del padre o tutor Fecha

Firma del dentista Fecha

Firma del padre o tutor Fecha

Firma del dentista Fecha