

8 Historia Dental

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista?

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes Habitos ?

S N Se chupa el dedo / los dedos S N Se come las unas

S N Se chupa / se muerde los labios S N Usa Biberon

Ha padecido problemas dificultad el (la) niño (a) asociadas con Trabajo dental?

SI NO

Y si a tenido explique _____

Tiene la agua de el (la) niño (a) floristat? SI NO

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos Floristats? SI NO

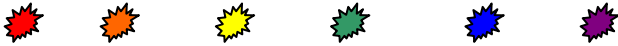
Ha padecido o padece dolor/tiernamente En la quijada de el (la) niño (TMJ / TMD) ? SI NO

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario? SI NO

Seda/Floja sus dientes diario? SI NO



Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o superar las regulaciones de control de infeccion sugun el OSHA, el CDC, y el ADA



10.

A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma _____

Fecha _____

Relacion a Paciente _____

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo verbalmente reviste El medico/dental sobre la information con los padres/guardajero y paciente
Aqui en _____ Fecha _____

Aseguro Verification: Fech Efectivo ____/____/____

Preventivo _____% Deductable \$ _____

Basico _____% Maximo \$ _____

Mayor _____% Reclamo Electrico SI NO

9 Historia Salud

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

S N Sangra Anormalmente S N Alguna Incapacidad

S N Alergia a alguna Droga S N Problemas de los Oidos

S N Ha sido Hospitalizado S N Soplo

S N Ha tenido alguna Operacion S N Hemofilia

S N Asma S N Hepatitis

S N Problemas del Higado / Rinones S N SIDA ("HIV")

S N Defecto Congenito del Corazon S N Cancer

S N Convulsiones / Epilepsia S N Diabetes

S N Pregnancy S N Alergia(o) a producto Latex

S N Fibre Reumatica/ Escarlatina S N Tuberculosis (TB)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido

Enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) este tomando ahora

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alergico

Nombre del medico de familia _____ Tel _____

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico?

SI NO

Por favor, describa la salud fisica del niño (a)
 Excelente Normal Pobre