

Información del Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apellido Nombre Inicial

Género : Masculino Femenino E-mail : _____ Referido por : _____

Dirección:

Calle _____ Ciudad/ Estado _____ Código Postal _____

Casa # _____ Celular # _____ Trabajo # _____

Estado Civil de Padres: Casado Divorciado Soltero Viudo

Madre Madrastra Abuela _____ Fecha de Nacimiento: _____

Number: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____
 Calle _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Empleador : _____ Numero de Trabajo: _____

Padre Padrastro Abuelo _____ Fecha de Nacimiento: : _____

Nombre: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____
 Calle _____ Ciudad/ Estado _____ Código Postal _____

Empleador: _____ Numero de Trabajo: _____

Seguro Dental

Nombre Seguro Primario : _____ Numero Telefonico de Seguro: _____

Numero de Grupo: _____ Empleador de Polica: _____

Historia Dental

El niño ha tenido problemas con la
 trabajos dentales?..... Si No
 Su niño a cepilla los dientes diario ?
 Tieno o ha tenido el tratamiento de ortodoncia (brackets)?

 Esta bajo del cuidado de un médico ?.....
 La paciente está embarazada ?
 Que frecuencia se hace hilo dental ? _____
 Por favor escriba todos los medicamentos que el niño se
 está tomando: _____

**Su hijo tiene alguna
 de los siguientes hábitos?**

Chupar el labio / Morder	Yes	No
Morder Unas.....		
Masticar objetos.....		
Respira por boca solamente.....		
Apretar / Molienda		
Chupete.....>>.....		
Botella de Enfermería		
Amamantar		
Chuap lengua/ dedo.....		
Problema de lenguaje.....		
Doctor del Nino : _____	Numero:	

Paciente ha tenido alguno de los siguientes : Círcule

Alergias	Defecto cardíaco con- génito	Defecto cardíaco congénito	Prolapso de la Válvula Mitral	Handicaps / Discapacidad	Other: _____ _____ _____
Tuberculosis (TB)	Presión arterial alta	ADHD/ADD	Hemophilia	Measles	
Soplo cardíaco	Fiebre Rheumatic	Convulsions	Diabetes	AID/HIV	
Epilepsy	Discapacidad Auditiva	Problemas riñones	Hepatitis	Autism	
Asthma	Problemas aprendizaje	Problemas hígado	Mononucleosis		
Transfusion Sangre	Sickle Cell Anemia	Tonsillitis	Thyroid Disease		

Liste Todos los Medicamentos:

I affirm that the information I have given is correct to the best of my knowledge. It will be held in the strictest confidence and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status. I give my consent to needed dental services, local anesthetic, nitrous oxide analgesia (laughing gas) radiographs, restraint and/or usual recognized techniques to adequately and safely care for the above named patient. I certify that my child is covered by _____ insurance company and I assign directly to **Dr. Henry** all insurance benefits otherwise payable to me. I understand that I am responsible for payment of services rendered and also responsible for paying any co-payment and deductible that my insurance does not cover. I hereby authorize the dentist to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions, whether manual or electronic.

Signature of Parent/Guardian

Date