

Bienvenida a



altschul orthodontics

Nos gustaría dar la bienvenida a usted y a su hijo a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer que todas las visitas de los niños son agradable y educativo. Esforzamos enseñar una buena cuidado oral que le permita a su hijo tener una sonrisa hermosa que dura toda la vida. Por favor llene la información solicitada aquí por completo:

Fecha de hoy: _____ Sexo: M F Nombre del Niño: _____

Email: _____ Niño Apodo: _____

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: _____

Historia de su niño de la Salud Física

Nombre de Dentista General: _____

Use el hilo dental para sus dientes todos los días? Sí No
Floss his / her teeth daily?

Teléfono: _____

¿Nombre del Médico del niño: _____
Child's Physician:

Fecha de la última visita: _____

Teléfono: (_____) _____
Phone #:

¿Su hijo ha tenido Phen-Fen? También conocida como Redux o Pondimin) En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Has your child ever taken Phen-Fen? (Also known as Redux or Pondimin) If yes, when?

Fecha de la última visita: _____
Date of Last Visit:

Su hijo ha sido evaluado o ha tenido tratamiento del ortodoncia antes? Sí No
Has your child ever been evaluated or had orthodontic treatment before?

¿Está su niño bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No
Is your child currently under the care of a physician?

¿Ha habido alguna herida en la cara, boca, dientes o la barbilla? Sí No
Have there been any injuries to the face, mouth, teeth or chin?

Ha comenzado la pubertad? Sí No
Has puberty begun?

Ha comenzado la menstruación? (Chicas) Sí No
Has menstruation begun? (Girls)

Enumere los instrumentos musicales tocados: _____
List any musical instruments played.

Por favor, describa la salud física de su hijo ahora: Buena Mala Regular
Please describe your child's current physical health:

Se han eliminado adenoides o las amígdalas? Sí No
Have adenoids or tonsils been removed?

Por favor escriba todos los medicamentos que su hijo está tomando ahora:
Please list all drugs that your child is currently taking

¿Su hijo ha sido informado de falta o adicionales de dientes permanentes? Sí No
Has your child been informed of any missing or extra permanent teeth?

Su hijo ha tenido dolor / sensibilidad en su articulación de la mandíbula (TMJ / TMD)? Sí No
Has your child ever had any pain/tenderness in his / her jaw joint (TMJ / TMD)?

Por favor escriba todos los medicamentos o las cosas que su hijo es alérgico a:
Please list all drugs / things that your child is allergic to:

Use el cepillo de dientes todos los días? Sí No
Does your child brush his / her teeth daily?

Historia de su niño de la Salud Física

¿Su hijo ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes médicos de salud?

Sí No Sangrado anormal
Abnormal Bleeding

Sí No HIV / AIDS

Sí No ADD / ADHD

Sí No Riñón/hígado problemas.
Kidney / Liver Problems

Sí No Alérgico a alguna droga
Allergic to Any Drugs

Sí No Lupus

Sí No Alérgicos al Látex / Metales
Allergic to Latex / Metals

Sí No Reumática/escarlatina fiebre
Rheumatic/Scarlet Fever

Sí No Alérgica al plástico
Allergic to Plastic

Sí No Tuberculosis (TB)

Sí No Cualquier Estadías en el Hospital
Any Hospital Stays

Por favor cuéntenos cualquier problema médico que su hijo ha tenido:
Please discuss any medical problems that your child has had:

Sí No Todas las operaciones
Any Operations

Sí No Huesos artificiales o Las articulaciones o válvulas
Artificial Bones / Joints / Valves

Sí No Asma
Asthma

Sí No Cáncer

Sí No Cardiopatías Congénitas defecto
Congenital Heart Defect

Sí No Convulsiones/Epilepsia
Convulsion / Epilepsy

Sí No Diabetes

Sí No Handicaps/Discapacidades
Handicaps / Disabilities

Sí No Discapacidad auditiva
Hearing Impairment

Sí No Soplo en el corazón
Heart Murmur

Sí No Hemofilia
Hemophilia

Sí No Hepatitis

Historia de su niño de la Salud Dental

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

Sí No Apretar / Rechinar dientes
Clenching / Grinding Teeth

Sí No Succión labial / Morder
Lip Sucking / Biting

Sí No Respirar por la boca
Mouth Breathing

Sí No Morderse las uñas
Nail Biting

Sí No Hábitos biberón
Nursing Bottle Habits

Sí No Problemas para hablar
Speech Problems

Sí No Cualquier operaciones
Any Operations

Sí No Pulgar / Dedo Succión
Thumb / Finger Sucking

Sí No Sacar la lengua
Tongue Thrust

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría arreglar con la ortodoncia? _____

Informacion de Seguro

Nombre del Asegurado/*Policy Holder's Name* _____

Segurida Social/*Soc.Sec. #* _____

Compañía Aseguradora/*Insurance Company* _____

del Grupo/*Group No.* _____ Union Local #/*Union Local No.* _____

Direccion de la Compañía de Seguro/*Insurance Co. Address*

_____ Calle Ciudad Esatado Codiga Postal

Teléfono de la Compañía de Seguro/*Insurance Co. Phone* _____

Empleador del Asegurado/*Policy Holder's Employer* _____

Tiene doble Cobertura? /*Do you have dual coverage?* No Si En caso Afirmativo /*If yes:*

Nombre del Asegurado/*Policy Holder's Name* _____

Segurida Social/*Soc. Sec. #* _____

Compañía Aseguradora/*Insurance Company* _____

del Grupo/*Group No.* _____ Union Local #/*Union Local No.* _____

Direccion de la Compañía de Seguro/*Insurance Co. Address*

_____ Calle Ciudad Esatado Codiga Postal

Teléfono de la Compañía de Seguro/*Insurance Co. Phone* _____

Empleador del Asegurado/*Policy Holder's Employer* _____

Informacion de Emergencia

Nombre del relativo mas cerco que no viva con usted /*Name of nearest relative not living with you*

Residencia completo /*Complete Address* _____
Calle Ciudad Esatado Codiga Postal

Teléfono/*Phone* _____

Relacion/*Relationship*: _____

Yo autoriza al personal dental que preste los servicios dentales necesarios requeridos. Entiendo que mi informacion, de credito se puede obtener.

Fima (Firma de los padres si es menor) _____

Actualizaciones (las fechas y los iniciales) /**Updates (date & initial)**
