



**HISTORIAL DENTAL:**

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Última Visita: \_\_\_\_\_ Para qué servicio? \_\_\_\_\_

¿Golpes a la cara, la boca o dientes? Si/No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene algún hábito? Si/No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Se le han informado que su hijo o hija que le faltan dientes? Si/No

¿Alguna experiencia dental infeliz? Si/No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿La actitud general del niño al dentista? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor o sensibilidad en la boca? \_\_\_\_\_

¿Su niño cepilla los dientes diariamente? Si/No ¿Usa Hilo dental diariamente? Si/No

¿Ayuda a su hijo (Cepillarse/Hilo dental)? Si/No ¿Utilizas flúor en cualquier forma? Si/No

¿Se ha evaluado alguna vez al niño o ha tenido tratamiento de ortodoncia? Si/No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las principales preocupaciones? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO:**

Médico del niño \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Fecha del último examen físico? \_\_\_\_\_ ¿Está el niño bajo cuidado del médico? Si/No Describa: \_\_\_\_\_

**Enumere TODAS las drogas que el niño está tomando actualmente:** \_\_\_\_\_

**Por favor indique TODAS las alergias o reacciones a lo siguiente:**

Si/No Aspirina Si/No Ibuprofeno (Motrin, Advil) Si/No Vinilo Si/No Látex

Si/No Acetaminofeno (Tylenol) Si/No Metales, especifique \_\_\_\_\_ Si/No Acrílico Si/No Otra, especifique \_\_\_\_\_

**¿Tu hijo tuvo ahora o en el pasado:**

Si/No ¿Defectos congénitos o problemas hereditarios?	Si/No Asma, problemas en los senos paranasales, urticaria?
Si/No Condiciones reumatoideas o artríticas?	Si/No Historia de trastorno alimentario (anorexia or bulimia)?
Si/No ¿Problemas renales?	Si/No ¿Úlceras estomacales o hiperacidez?
Si/No Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?	Si/No ¿Problemas de vision, audición, degustación o hablar?
Si/No Diabetes?	Si/No ¿Trastornos de la piel?
Si/No Problemas ENT? (Amígdalas o adenoides)	Si/No ¿Problemas de salud mental o conductuales?
Si/No ¿Problemas endocrinos o tiroideos?	Si/No ¿El paciente mastica o fuma tabaco?
Si/No ¿Problemas con el sistema inmunológico?	Si/No ¿El paciente está embarazada?
Si/No Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia?	Si/No Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?
Si/No Polio, mononucleosis, TB o neumonía?	Si/No Presión arterial alta o baja?
Si/No ¿SIDA o VIH positivo?	Si/No ¿Sangría anormal, sangrado excesivo o moretones o anemia?
Si/No Fiebre reumática?	Si/No Cualquier fracturas óseas, accidentes graves o otro problema?
Si/No Hospitalizaciones o operaciones? Explique: _____	
Si/No Problemas del corazón (Soplo, fiebre reumatica, defecto cardiaco, dolor toracico, etc) Explique : _____	
Si/No Problemas con el aprendero seguir instrucciones? Explique: _____	

**Reconocimiento:** He leído y entiendo el formulario de inscripción anterior. No voy a tener a la Dra. Bertha Dieguez-Marino o a ningún miembro de su personal responsable de los errores u omisiones que he cometido al completar esta formulario. Si hay algún cambio posterior en este registro de historia o estado medico / dental, informaré esta práctica. Además, he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de esta oficina.

**Consentimiento para someterse a un tratamiento ortodóntico :** Por la presente doy mi consentimiento a la realización de expedients diagnósticos, incluyendo radiografías, antes, durante y después del tratamiento ortodóntico prescrito por el medico, así como al personal y al médico que proporcionen el tratamiento ortodóntico prescrito para el paciente anterior. Comprendo completamente todos los riesgos asociados con el tratamiento.

**Asignacion de Beneficios:** Por la presente doy permiso para facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados por Dieguez-Marino Orthodontics P.C.. y estoy de acuerdo en ayudar en el procesamiento de todos las reclamaciones de beneficios. Por la presente autorizo el pago directo de beneficios a Dieguez-Marino Orthodontics PC

**Responsabilidad Financiera:** Por la presente acepto ser responsable de todos los cargos por los servicios presentados al paciente incluyendo cualquier cargo no cubierto. También estoy de acuerdo en que si la cuenta no pagada se refiere a una agencia de cobranza, para pagar los costos de las colecciones, incluyendo honorarios razonables de un tercio del saldo adeudado.

Firma de el Responsable / Relacion al niño / Fecha

Firma del Paciente / Fecha