

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 ¿Uso 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 Decriba: _____

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, specify _____	Si/No Acrílico	Si/No Otra, especifica _____

¿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 reumáticas o artísticas?	Si/No Historia de trastorno alimentario (anorexia or bulimia)?
Si/No ¿Problemas renales?	Si/No ¿Ulceras estomacales o hiperacidez?
Si/No Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?	Si/No ¿Problemas de visión, 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 immunológico?	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 reumática, defecto cardíaco, dolor torácico, etc) Explique: _____
Si/No Problemas con el aprendizaje 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 este formulario. Si hay algún cambio posterior en este registro de historia o estado médico / 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 expedientes diagnósticos, incluyendo radiografías, antes, durante y después del tratamiento ortodóntico prescrito por el médico, 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.

Asignación 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.