

La Información Demográfica de 3 años

Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Nombre del niño le gusta que le llamen: _____ Teléfono de la casa: _____
 Cumpleaños _____ Edad _____ género _____ Teléfono celular: _____
 Correo electrónico de padre _____ Texto correo electrónico confirmación de Cita ok?
 Contacto de emergencia (Nombre y número de teléfono): _____
 Escuela _____ Grado _____
 Dirección de casa: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

SU SEGURO DENTAL HA CAMBIADO DESDE SU ÚLTIMA VISITA? SI NO

Si la respuesta es sí, por favor, actualice los siguientes:
 Nombre del tenedor de la póliza _____ Fecha de Nacimiento _____
 SS# _____
 El empresario Titular Política _____
 Compañía de Seguros _____ Grupo # _____ ID# _____

*****Por favor denos saber si ha habido cambios de salud con su hija/hijo desde la última vista dental****

Sí No ¿Está su niño en buena salud? Fecha del último examen físico _____
 Sí No ¿Su niño ha tenido un problema de salud? _____
 Sí No ¿Su niño ha estado hospitalizado? Por favor dé la razón y fechas _____

 Sí No ¿Es su niño alérgico a algo? _____
 Sí No ¿Está su hijo tomando algún medicamento? Por favor, dar medicamento, la dosis y la razón _____

 Sí No ¿Hubo algún problema al nacer? _____

Por favor marque (✓) si su hijo/a ha sido tratado por alguna de las siguientes:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> enfermedades del corazón/murmurar |
| <input type="checkbox"/> Reacciones adversas a medicamentos | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> retrasos físicos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> síndrome de Down | <input type="checkbox"/> fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma/Respiración | <input type="checkbox"/> endocrino/crecimiento | <input type="checkbox"/> Hígado / enfermedad gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> vista | <input type="checkbox"/> habla / audición |
| <input type="checkbox"/> Sangrado/transfusiones | <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Discrasias sanguíneas | <input type="checkbox"/> retrasos mentales | <input type="checkbox"/> otros problemas _____ |
| <input type="checkbox"/> cáncer/tumores | <input type="checkbox"/> infecciones frecuentes | _____ |
| <input type="checkbox"/> parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> personalidad/social | _____ |
| <input type="checkbox"/> labio leporino/paladar | <input type="checkbox"/> reflujo / ERGE | _____ |
| <input type="checkbox"/> defectos congénitos de nacimiento | <input type="checkbox"/> enfermedad de riñón | |

Nos Importa!!! Por favor de nos infórmenos de **NOTICIAS ESPECIAL** sobre su hijo/a.....

Doy mi consentimiento a las siguientes personas a llevar a mi niño/a a su futuro citas:

Consentimiento para el tratamiento dental

Solicito y autorizo al Dr. Amy Davidian en examinar, limpiar, y proporcionar el tratamiento dental en los dientes del niño. También solicito y autorizo la toma de radiografías dentales que se considere necesario por el dentista para diagnosticar y / o tratar el problema dental de mi hijo. Voy a permitir tomar fotografías de mi hijo o de los dientes del niño con fines de diagnóstico o educativo. Entiendo que el tratamiento dental para los niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento, ayudándoles a entender el tratamiento en condiciones adecuadas para su edad. Dr. Amy C Davidian le proporcionan un ambiente propicio para que los niños aprendan a cooperar durante el tratamiento mediante el uso de alabanza, explicación y demostración de los procedimientos e instrumentos, y usando el tono de voz variable. Seré responsable de los cargos incurridos en este niño para el tratamiento dental.

Firma

Fecha

LEGAL Mama o Papa ___SI___NO Si no, ¿cuál es su relación con paciente?_____

****por favor no tomar fotos de los pacientes o otros pacientes mientras están en la oficina para proteger la información de nosotros pacientes y sus familias****