



2830 Pinole Valley Rd. Ste C --- Pinole, CA, 94564 ---TELE# (510) 275-3200

**TIENE QUE CONTESTAR LAS PREGUNTAS QUE TIENEN \*\***

**\*\*1. CUENTANOS SOBRE SU HIJO**

\*Nombre Completo : \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ \*Genero: \_\_\_\_\_

\*Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ Cell/Trabajo/Casa

\*IDIOMA PREFERIDO: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Aficiones/Deportes: \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por refiriendo los a la oficina?

\_\_\_\_\_

Hay otros miembros de la familia vistos por nosotros?

**\*\*2. ADULTO RESPONSABLE\***

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Relación : \_\_\_\_ Custodia Legal ?  Si  No

Numero: \_\_\_\_\_ Cell/Trabajo/Casa

Numero Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  
 Separado

Dirección (Si Es Diferente De Su Hijo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código Postal

**3. SEGURO DENTAL**

Nombre De La Compañía De Seguro

\_\_\_\_\_

Miembro ID # or SS \_\_\_\_\_

# De Grupo \_\_\_\_\_

# Telefonico \_\_\_\_\_

Quien es el Asegurado?

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación Con El Paciente \_\_\_\_\_

\*Empleador \_\_\_\_\_

**\*\*4. CONTACTO DE EMERGENCIA\***

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación : \_\_\_\_\_

Tienes Custodia Legal ?  Si  No

Numero: \_\_\_\_\_

Dirección (Si Es Diferente De Su Hijo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código Postal

Tiene su hijo alguno de los siguientes habitos?

Chuparse el dedo  Si  No

Mordiendo las unas  Si  No

Rechinar los dientes  Si  No

Masticar objetos o hielo  Si  No

Empujar la lengua  Si  No

Respirar por la boca  Si  No

\_\_\_\_\_

**5. HISTORIAL MEDICO**

\*Médico Del Niño : \_\_\_\_\_

Fecha De Ultima Visita: \_\_\_\_\_

Su hija va a un doctor/clínica medico?  Si  No  
 comenzado la pubertad?  Si  No  
 comenzado la menstruación?(niñas)  Si  No

Por favor escribe los medicamentos o actuales de su hijo:

\_\_\_\_\_

**\*\*Su hijo alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/ problemas medicos?**

- Si  No Hemorragia Anormal
- Si  No ADD / ADHD
- Si  No Anemia
- Si  No Asma
- Si  No Transfusión de Sangre
- Si  No Cancer/Quimioterapia
- Si  No Defecto Cardiaco
- Si  No Diabetes
- Si  No Dificultades respetando
- Si  No Epilepsia/ Convulsiones/ Desmayos
- Si  No Ampolla de Fiebre
- Si  No Soplo Cardiaco
- Si  No Discapacitados/ Discapacidad
- Si  No Hepatitis
- Si  No Implante Auditivo
- Si  No VIH + / SIDA
- Si  No Hospitalizado
- Si  No Problemas de Riñón
- Si  No Problemas Psiquiátricos
- Si  No Fiebre Escarlatina/ Rheumatica
- Si  No Dolores de Cabeza Frecuentes
- Si  No Varicela
- Si  No Problems Sinusales
- Si  No Ulceras
- Si  No Tuberculosis

Por favor indique cualquier otra problema medica grave que su hijo tenga o haya tenido:

\_\_\_\_\_

**\*\*Es su hijo alérgico a cualquiera de los siguientes?**

- Aspirina  Si  No
- Latex  Si  No
- Penicillina  Si  No
- Codeina  Si  No
- Metal/Plastico  Si  No
- Anestésicos Dentales  Si  No

## 6. HISTORIAL DENTAL

**\*\*Dentista General:** \_\_\_\_\_

Fecha De Ultima Limpieza: \_\_\_\_\_

Su nino cepilla diariamente?  Si  No

Usa hila dental todos los días?  Si  No

## 7. Actualización Periódicas De Salud:

6 Me: \_\_\_\_\_ IN. \_\_\_\_\_

12 Me: \_\_\_\_\_ IN. \_\_\_\_\_

18 Me: \_\_\_\_\_ IN. \_\_\_\_\_

24 Me: \_\_\_\_\_ IN. \_\_\_\_\_

30 Me: \_\_\_\_\_ IN. \_\_\_\_\_

Cuales son las principales preocupaciones que le gustaría que la ortodoncia logre para su hijo?

\_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo una consulta ortodoncista o tratamiento antes?  Si  No

Nombre De Ortodoncista:

\_\_\_\_\_

-Alguna herida el la cara,boca, o dientes?  Si  No

-Cualquier diente permanente falta o extra?  Si  No

-Cualquier dolor,molestia o clic en la articulación de la mandíbula?  Si  No

-Cualquier problema de hablar?  Si  No

\_\_\_\_\_



2830 Pinole Valley Rd. Ste C --- Pinole, CA, 94564 ---TELE# (510) 275-3200

*\*\*Entiendo que la información que he dado hoy es correcta según mi saber y entender. También entiendo que esta información sera mantenida en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado.*

La persona que se detalla a continuación tiene mi permiso para tomar decisiones sobre el tratamiento dental de mi hijo, el tratamiento médico (si es necesario, si se urge una emergencia) y el manejo del comportamiento. La persona a continuación también puede llevar a mi hijo a citas de ortodoncia y discutir el tratamiento y la cuenta con el médico y el personal.

\_\_\_\_\_  
Firme del Padre/ Tutor                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firme del Padre/ Tutor                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Ortodoncista                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Relación Con El Paciente

\_\_\_\_\_  
# Telefonico

**\*\*7. CONSENTIMIENTO PARA LOS REGISTROS DE ORTODONCIA**

*Entiendo que las fotografías, radiografías, hechas durante el curso de mi examen, tratamiento y cuidado de seguimiento. Radiografías iniciales y finales and las fotos serán tomadas en, el comienzo, el medio y el final del tratamiento de ortodoncia. Mis registros no serán utilizados para cualquier tipo de marketing o publicaciones.*

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres                      Fecha

**\*\*8. HIPAA**

*Por la presente doy mi consentimiento y acepto mi aceptación de los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento seguirá vigente a partir de ahora.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre                      Fecha

**\*\*9. CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR**

Yo le doy permiso a Pinole Valley Orthodontics y al personal para tratar mi hijo mientras yo no estoy presente.

\_\_\_\_\_  
Firme del Padre/ Tutor                      Fecha