

Historia Dental

Razon principal por traer ninos a estra oficina _____

La busqueda de atencion dental completa para su hijo _____

La primera visita del nino al odontologo _____ Ultima visita _____ Porque _____

Ultimos rayos X _____ Por quien _____

Fluoruro topico _____ Cuando _____

Instrucciones de cuidado en el hogar _____ Tratamiento aceptado _____

Detalles que nos ayudan en el cuidado de su hijo _____

Temperamento del nino _____

Nino tiene antecedents de

_____ Chuparse el dedo _____ Unas o morder objetos _____ Sacar la lengua

_____ Respiracion por la boca _____ Orinarse en la cama _____ Problema de habla

Problema dental inusual _____

Lesiones a los dientes o la boca _____

Reaccion a la anestesia local o general _____

La frecuencia con cepillar los dientes _____

Despues de cada comida _____ Antes de la hora de acostarse _____ Supervisados _____

Nombre de la vitamin tomada en la actualidad _____

Botella nino de edad _____ Chupete edad o habito descontinuados _____

Aparato orthodontic _____

Primer diente estallo _____ Preocupacion por los dientes _____

Nombre de la escuela _____ Grado _____ Agiciones _____

Preguntas que le gustaria contestado _____

Gracias por completer la historia personal

Formulario de consentimiento

Debido _____ es un menor de edad, se hace neesario que el permiso firmado se obtiene de un padre o tutor antes de cualquier y todos los servicios dentales y metodos necesarios pueden ser prestados. Yo ser al padre, madre, tutor del nino nombrado arriba doy mi consentimiento para la realizacion de dichos tratamientos, servicios, medicamentos, operaciones, tecnicas de manejo de la conducta, la anestesia local y la analgesia o necesarias para el tratamiento de cualquier dental /oral de deficiencia, anomalia y/o infection.

Firma _____ Fecha _____

Podemos solicitar registros medicos _____