



**Deborah A. Ashcraft, DMD, PC**  
PEDIATRIC AND ADOLESCENT DENTISTRY

**Biografia del niño, Historia medica y dental (Por favor escriba en molde claro.)**

Nombre completo del niño(a) (apellido) \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) \_\_\_\_\_ (segundo nombre) \_\_\_\_\_  
Nombre que el niño prefiere: \_\_\_\_\_ Sexo M F Edad \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Direccion: (calle) \_\_\_\_\_  
(ciudad) \_\_\_\_\_ (zip) \_\_\_\_\_ Tel de la casa: ( ) \_\_\_\_\_  
Nombres y edad de otros niños en la familia: \_\_\_\_\_  
Los papas viven juntos?  Si  No Con Quien vive el niño? \_\_\_\_\_  
Persona responsable financieramente por la cuenta: \_\_\_\_\_  
Direccion si diferente al niño: \_\_\_\_\_ Tel de la Casa: ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
# Seguro social: \_\_\_\_\_ # Licencia de manejar: \_\_\_\_\_  
Ocupacion y donde trabaja \_\_\_\_\_ #tel trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Seguro dental?  Si  No Nombre del plan? \_\_\_\_\_  
Y Numero \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_  
# Seguro social: \_\_\_\_\_ # Licencia de manejar: \_\_\_\_\_  
Ocupacion y donde trabaja \_\_\_\_\_ #tel trabajo:( ) \_\_\_\_\_  
Seguro dental?  Si  No Nombre del plan? \_\_\_\_\_  
Seguro social de los padres: \_\_\_\_\_  
Si no tiene telefono dar un numero de tel de una persona o contacto que la podamos encontrar: \_\_\_\_\_  
A quien le damos las gracias por referir a nosotros. \_\_\_\_\_

**Verificar las siguientes condiciones que su niño tiene al presente o anteriormente a tenido.**

Sida  Paralysis cerebral  Alta Presion  Desorden muscular  
 Anemia  Convulsiones  Positivo HIV  Desorden de la nariz y garganta  
 Asma  Diabetes  Desorden hormonal  Prolongar una enfermedad  
 Tendencia de sangrar  Desorden de los oidos  Hiperactivo  
 Fiebre reumatica  Emfermedad de sangre  Epilepsia  Ictericia  
 Desorden de la piel  Transfucion de sangre  Desorden de los ojos  
 Emfermedad de los rinones  Problemas al pronunciar  Desorden de los huesos  
 Desmayos  Emfermedad del higado  Problemas del estomago  
 Desorden cerebral  Condicion cardiaco  Emfermedad pulmonal  
 Tubos en los oidos  Cancer o tumores  Hemofilia  
 Retardacion mental  Otras enfermedades

Medico del nino (Nombre) \_\_\_\_\_ (Telefono) \_\_\_\_\_  
(Direccion) \_\_\_\_\_

- No  Si Su nino tiene otra condicion medica?  
 No  Si Su nino esta tomando medicinas?(hacer una lista)  
 No  Si Es su nino alergico a algunas comida o medicina?  
 No  Si Su nino estado hospitalizado?  
 No  Si Es la primera visita al dentista? Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_  
 No  Si Hay algun problema con el previo tratamiento?  
 No  Si Su nino esta usando tabletas de fluor, gotas o enjuagues?  
 No  Si Su nino a tenido recientemente dolor de dientes?  
 No  Si Su nino se chupa el dedo o tiene otro habito oral?  
 No  Si Su nino se a lastimado sus dientes o la quijada?  
 No  Si Su nino tiene una condicion dental que usted esta preocupada?

A que frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Quien le cepilla? \_\_\_\_\_

Cual es el origen del agua que toma su nino?  Agua publica  Agua de pozo

Yo reconosco que esta informacion esta correcta y por la presente autorizo una examinacion dental para mi nino-(a) incluir las necesarias radiografias, fotografias. Y los metodos aceptables para conseguir estos servicios. Yo autorizo dar esta informacion para el proceso de reclame del seguro. Yo autorizo pagos de beneficios directamente a Dr. Ashcraft. Yo asumo la responsabilidad por cualquier y todos cargos incurrir en nombre de mi nino-(a) para el tratamiento dental/medico. Es mi responsabilidad de actualizar la oficina con cualquier cambio de seguros o cambios de condiciones de salud medica de mi nino-(a).

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_