



DEBORAH A. ASHCRAFT, D.M.D., P.C.
PEDIATRIC AND ADOLESCENT DENTISTRY
 460 W. Martintown Rd, North Augusta, SC 29841
 (803) 279-9901 • Fax (803) 279-9215

PERIODIC EXAM UPDATE

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento del Niño/a: _____

Nombre del Niño/a _____

Dereccion de Casa _____

de Casa _____

del trabajo de mama o celular _____

del trabajo de papa o celular _____

- 1) Hay cambio de trabajo del Papa o Mama? Si No

- 2) Esta tomando medecinas en este tiempo tu niño/a? Si No

- 3) Chupa el dedo o mammon tu niño/a? Si No Si contestas si cual do los dos? _____

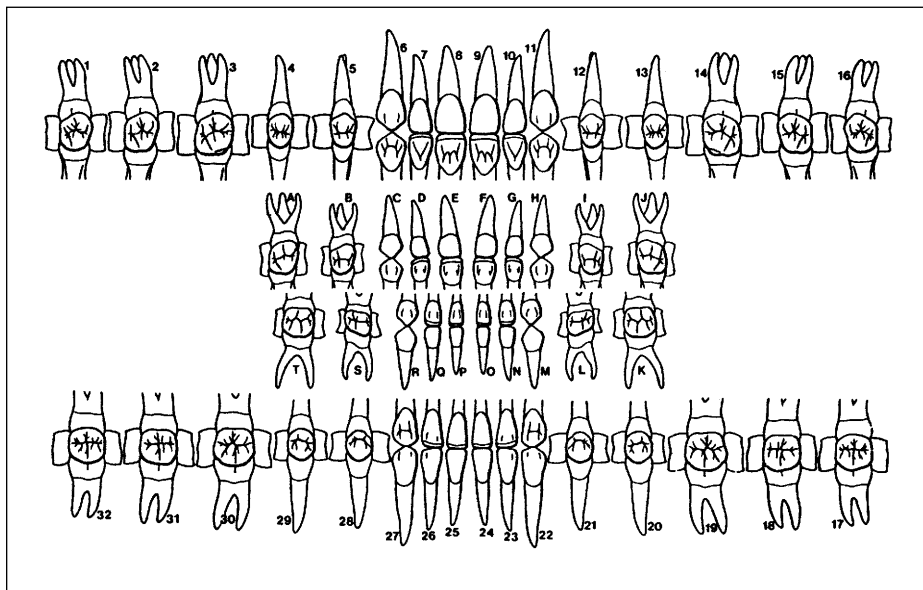
- 4) Su niño/a esta usando tabletas de fluor, goatas o enjuagues? Si No _____

- 5) Ha cambiado el seguransa dental de su niño/a? Si No _____

- 6) Le das permiso a la dentista hacer radiografias o fotografias de los dientes de su niño/a? Si No

Gracias por su asistencia!

Yo autorizo dar esta informacion para el proceso de reclame del seguro.



Med Hx.: _____
 Drug Allergies: _____

 Soft Tissue: _____
 OH: G F P
 Gingivitis: _____
 Calculus: _____
 Habits: _____
 Trauma: _____
 Term Plane: R _____ L _____
 Molar Rel: R _____ L _____
 X Bite _____ Overbite _____ %
 Overjet _____ mm Openbite _____ mm
 Midline Dev. _____
 TMJ Click: R _____ L _____

Firma: _____

Relacion: _____

Fecha: _____