



Deborah A. Ashcraft, DMD, PC
PEDIATRIC AND ADOLESCENT DENTISTRY
 460 W Martintown Rd., North Augusta, SC 29841 – (803) 279-9901

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:() _____
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 Asma
- Positivo HIV Desorden de la nariz y garganta Diabetes Desorden hormonal Hiperactivo
- Prolongar una enfermedad de sangrar Desorden de los oidos Fiebre reumatica Emfermedad de sangre
- Epilepsia Ictericia Desorden de la piel Transfucion de sangre Desorden de los ojos Desmayos
- Emfermedad de los rinones Problemas al pronunciar Desorden de los huesos 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 niño (Nombre) _____ **(Telefono)** _____

No Si Su niño tiene otra condicion medica? _____
 No Si **Su niño esta tomando medicinas?(hacer una lista)** _____
 No Si **Es su niño alergico a algunas comida o medicina?** _____
 No Si **Su niño estado hospitalizado?** _____
 No Si Es la primera visita al dentista? **Fecha de la última visita** _____
 No Si **Hay algun problema con el previo tratamiento?** _____
 No Si Su niño esta usando tabletas de fluor, gotas o enjuagues? _____
 No Si Su niño a tenido recientemente dolor de dientes? _____
 No Si Su niño se chupa el dedo o tiene otro habito oral? _____
 No Si Su niño se a lastimado sus dientes o la quijada? _____
 No Si Su niño 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 niño? Agua publica Agua de pozo

Yo reconosco que esta informacion esta correcta y por la presente autorizo una examinacion dental para mi niño-(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 niño-(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 niño-(a).

Firma: _____ Relacion: _____ Fecha: _____