

Bienvenidos a



UNIQUE
ORTHODONTICS

1616 West Shaw Ave
Suite A6
Fresno, CA
559.222.2522



Fecha/
Correo Electronico
¿a quién podemos agradecer por Recommendar Nos?

a. ¿por favor díganos sobre su niño?

1. Nombre :
2. Apellido:
3. Anos: 4. Fecha de nacimiento:
5. M / F
6. Escuela: 7. Grado:
8. # De Seguro Social:
9. Direccion: Apt
10. Ciudad: 11. Estado: 12.Codigo postal
13. Numero de casa:
14. Numero de celular :
15. Teléfono de Trabajo (de padre/guarda):

b. ¿Quién está con el Niño Hoy?

1. Nombre:
2. Apellido:
3. ¿Qué es su Relación hacia al Niño?
4. Tiene usted Custodia Legal de este Niño? Si / No

c. Información de Partido Responsable

1. Nombre:
2. Apellido:
3. Qué es su Relación hacia al Niño?
4. Tiene usted Custodia Legal de este Niño? Si / No
(Residencia)
5. Calle Apt#
6. Ciudad 7. Estado: 8. Codigo postal
(El Envío de Dirección – de ser diferente)
9. Calle : Apt #
10. Ciudad: 11. Estado: 12. Codigo postal
12. Dirección Anterior – de ser aplicable
12Calle : Apt #
13. Ciudad: 14. Estado: 15. .Codigo postal
16. Numero de casa:
17. Numero de celular :

18. Teléfono de Trabajo (de padre/guarda):
19. # De Seguro Social:
20. Fecha de nacimiento:
21. Nombre de Trabajo?
22. Ocupación:
23. # de Años Empleados:

d. La Información Paternal - por favor llénarse de ser diferente que la sección B o C, o para el padre que no está presente hoy

1.Nombre:
2. Apellido:
3. ¿Qué es su Relación hacia al Niño?
4. Tiene usted Custodia Legal de este Niño? Si / No
(Residencia)
5. Calle: Apt #
6. Ciudad: 7. Estado: 8. .Codigo postal
Envío de Dirección:
9.Calle Apt #
10. Ciudad 11. Estado: 12. .Codigo postal
13 ¿Cuánto en esta Dirección?
Dirección Anterior – de ser aplicable
14. Calle: Apt #
15. Ciudad: 16. Estado: 17. .Codigo postal:
18. Number de casa:
19. Cell Phone:
20. Teléfono de Trabajo:
22. # De Seguro Social:
23. Fecha de nacimiento:
24. Nombre de Trabajo?
25. Ocupación:
26. # de Años Empleados:

e. Seguro Dental

1. Nombre de Seguros:	2. Número de grupo:	3. Dirreccion:
4. Nombre Asegurado:		5. Relación a Paciente
6. Fecha de nacimiento:	7. Seguro social:	8.Nombre de trabajo:

Historia de Salud

La Historia Dental del Niño

Ha hecho asociar alguna vez el niño un problema serio/difícil con el trabajo dental? Si No

Se ha sentido alguna vez la unión de mandíbula de su niño cerrada con

llave o como si esto se pegaba?

Si No

Ha tenido alguna vez su niño una herida a la mandíbula/dientes/barbilla/boca?

Si No

Ha sido evaluado alguna vez el niño por un Ortodoncista?

Si No

Tiene el niño cualquiera de los hábitos siguientes

Dedo chupar?

Si No

Chupa sus labios o muerde sus labios?

Si No

Muerde sus uñas?

Si No

Enfermería de hábitos de botella?

Si No

¿Es el agua del niño fluoridada?

Si No

Toma el niño suplementos de fluoridada?

Si No

¿Ha tenido alguna vez el niño algún dolor o la ternura en la mandíbula / unión?

Si No

¿Cepilla el niño sus/sus dientes diariamente??

Yes No

¿Seda floja sus/sus dientes diariamente?

Yes No

La Historia de Salud del Niño

Por favor describa la salud dental de su niño:

Bueno Justo Pobre

¿Es el niño actualmente bajo el cuidado de un médico?

Si No

Alguna vez el Niño a Tomado PHEN-FEN or REDUX?

Si No

El Médico del Niño

Numero de telefono:

Ultima Visita:

Por favor ponga todas las medicinas en una lista que el niño toma actualmente:

¿Ha tenido alguna vez el niño cualquiera de los problemas médicos siguientes?

Heart Murmur

Si No Hipotensión / Alta

Si No Cirugía/Marcapasos de Corazón.

Si No Cancer/Chemo/Therapy

Si No Diabetes

Si No Fiebre Reumática

Si No Hemofilia

Si No Sangría Anormal

Si No Asma

Si No Problemas de

Seno/Respiración

Si No Artritis

Si No Retiro de

Si No Adenoide/Amígdala

Si No Huesos/Uniones Artificiales

Si No Hepatitis/Tuberculosis

Si No Enfermedad Cardíaca

Si No Congénita

Si No Convulsión/Epilepsia

Si No Ortografía de Yes

Si No Asimientos/Desmayo

Si No Audiencia de Daño

Si No Cualquier Operación

Si No Cualquier Permanencia en

Si No Problema de Riñón/Hígado

Si No Deficiencias/Invalidez

Si No Problemas Psiquiátricos

Si No Aprendizaje de Problemas

Si No Problemas de Discurso

Si No VIH / SIDA

Si No Historia de Escarlatina

Si No Alergias a Cualquier Medicina

**Nuestra oficina es
cometida a la reunión o
exceder estándares del
control de infección
Recomendada por OSHA
El CDC y el AD.**

