

# Harrisburg Pediatric Dentistry

4079 Harris Square Drive | Harrisburg, NC 28075 | 704-377-3688



Fecha de Hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: Casa ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Alguna modificación de suseguro desde la última visita?  Si  No

En caso afirmativo, indique el cambio: Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier cambio en el historial médico de su hijo/a desde la ultima visita: \_\_\_\_\_

Soy consciente de que algunas compañías de seguros sólo cubren los tratamientos de flúoruro tópico, una vez al año. Sin embargo, la Academia de Odontología Pediátrica recomienda que este tratamiento se administre 1 x 6 meses, junto con la limpieza dental del niño/a. Si su compañía de seguros no cubre este procedimiento usted será responsable del pago. Por favor indique si desea este tratamiento el día de hoy.  Si  No

Yo, siendo el padre o tutor del menor, por el presente autorizo los servicios dentales de rutina para este paciente. Esto incluye el examen dental de tejidos blandos y duros, la limpieza, el flúoruro (si procede), el control y reparación de los selladores (si procede) y radiografías necesarias. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y materiales no cubiertos por mi plan dental.  Si  No

Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes problemas médicos? (Marque con un circulo la respuesta adecuada)

Si No Alergias	Si No Cáncer/quimioterapia	Si No Soplo cardiaco
Si No Anemia o trastorno en la sangre	Si No Parálisis cerebral	Si No Hepatitis o problemas de hígado
Si No Asma o fiebre de heno Indique el tipo y los medicamentos actuales: _____	Si No Defecto cardiaco congénito Si es asi, se requiere pre medicación? Si No	Si No VIH/SIDA
Si No Autismo	Si No Convulsiones, desmayos, o epilepsia	Si No Trastorno de aprendizaje
Si No Problemas de vejiga o riñón	Si No Enfermedades de la infancia	Si No Problemas psicológicos o emocional
Si No Sangrados/moretos fácilmente	Si No Diabetes	Si No Fiebre reumática
Si No Trasfusión de sangre	Si No Síndrome de Down	Si No Trastorno de habla
Si No Presión alta/baja	Si No Discapacidad	Si No Tuberculosis
Si No Bronquitis	Si No Discapacidad auditiva	

Indique algún medicamento que el paciente este tomando: \_\_\_\_\_

El paciente tiene las inmunizaciones al dia?  Si  No Por Favor Explicar: \_\_\_\_\_

El paciente tiene alguna necesidad especial o circunstancias especiales? (i.e., Autismo, Parálisis Cerebral, Síndrome de Down) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Oral Hygiene \_\_\_\_\_ Cooperation  1  2  3  4

XRays Completed \_\_\_\_\_ Caries Risk Assessment  Low  Moderate  High

**BRUSHING** \_\_\_\_\_

**FLOSSING** \_\_\_\_\_

**DRINKS** \_\_\_\_\_

**FACIAL PROFILE**

Straight  Convex  Concave

**TMJWNL**

**MOLAR RELATIONSHIP**

<b>Permanent</b>	R	L	<b>Primary</b>	R	L
End-to-End	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terminal Plane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Class I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Straight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Class II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes. Step	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Class III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dist. Step	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CANINE RELATIONSHIP**

Class \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

**INCISOR RELATIONSHIP**

Overjet \_\_\_\_\_ mm  
Overbite \_\_\_\_\_ %  
Openbite \_\_\_\_\_

**MIDLINE:**  Normal  Deviates

XRays \_\_\_\_\_

R L  
Maxilla   mm \_\_\_\_\_  
Mandible   mm \_\_\_\_\_  
Mandibular Shift  No  Yes  
  mm \_\_\_\_\_

**ARCH LENGTH** (general impression)

Maxilla	Mandible
<input type="checkbox"/> Adequate	<input type="checkbox"/> Adequate
<input type="checkbox"/> Inadequate	<input type="checkbox"/> Inadequate

**ANALYSIS RECOMMENDED**

Yes  No  In Treatment  
 Future \_\_\_\_\_

**Related Findings:** (Describe Abnormalities)

Eruption Sequence WNL  Abnormal  
Ankylosed Teeth  No  Yes  
Crossbite  No  Yes  
Oral Habits  No  Yes:

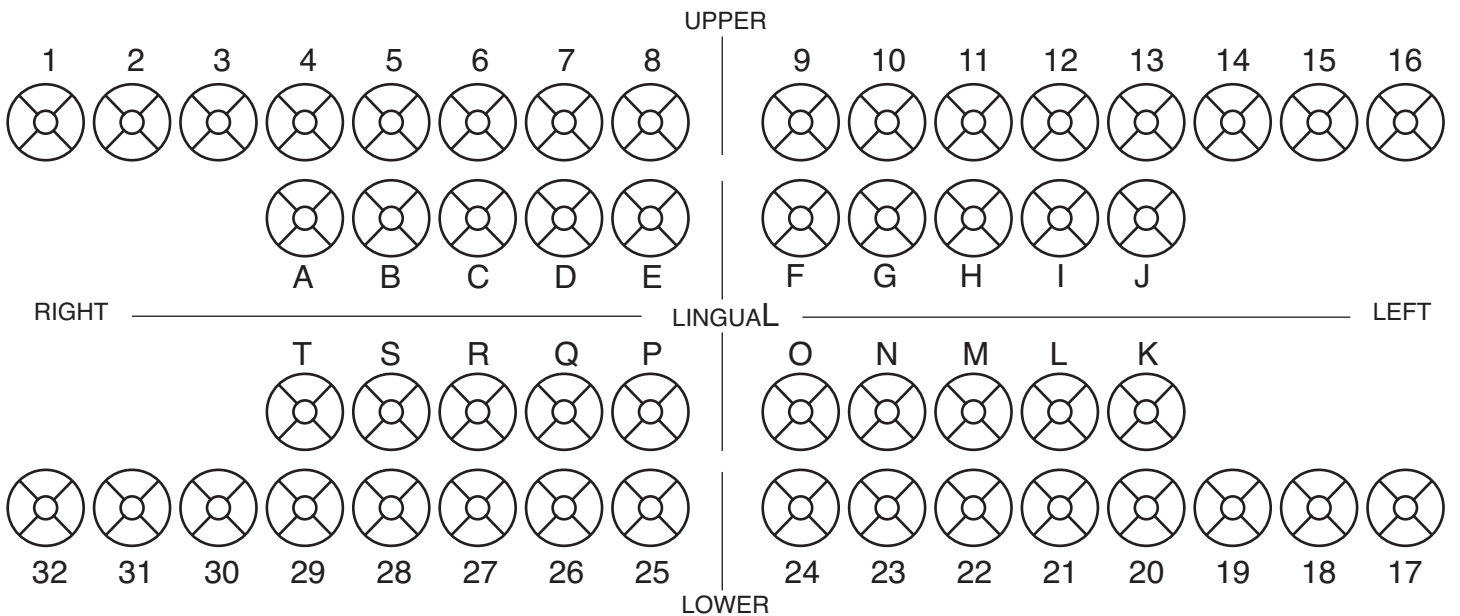
Supernumerary Teeth  No  Yes  
Congenitally Missing Teeth  No  Yes  
Ectopic Eruption  No  Yes  
Intraoral \_\_\_\_\_ Buccal Mucosa WNL \_\_\_\_\_  
Abnormal \_\_\_\_\_

Frenum  Normal  Heavy  
Tongue WNL  Abnormal  
Palate WNL  Abnormal  
Gingiva WNL  Abnormal

Other Abnormalities \_\_\_\_\_

**TRAUMA**  No  Yes  
**ENAMEL DEFECTS**  No  Yes  
**DISCOLORATION**  No  Yes:  
**FLOUROSIS**  No  Yes  
**DIASTEMA**  No  Yes

Polished \_\_\_\_\_ Scaled \_\_\_\_\_



NOTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_