

We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

Specializing in Pediatric Dentistry



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 Problemas psicológicos o emocional
Si No Problemas de vejiga o riñón Si No Enfermedades de la infancia Si No Fiebre reumática
Si No Sangrados/moretones fácilmente Si No Diabetes Si No Trastorno de habla
Si No Trasfusión de sangre Si No Síndrome de Down Si No Tuberculosis
Si No Presión alta/baja Si No Discapacidad
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

Permanent	R	L	Primary	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
 mm _____

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

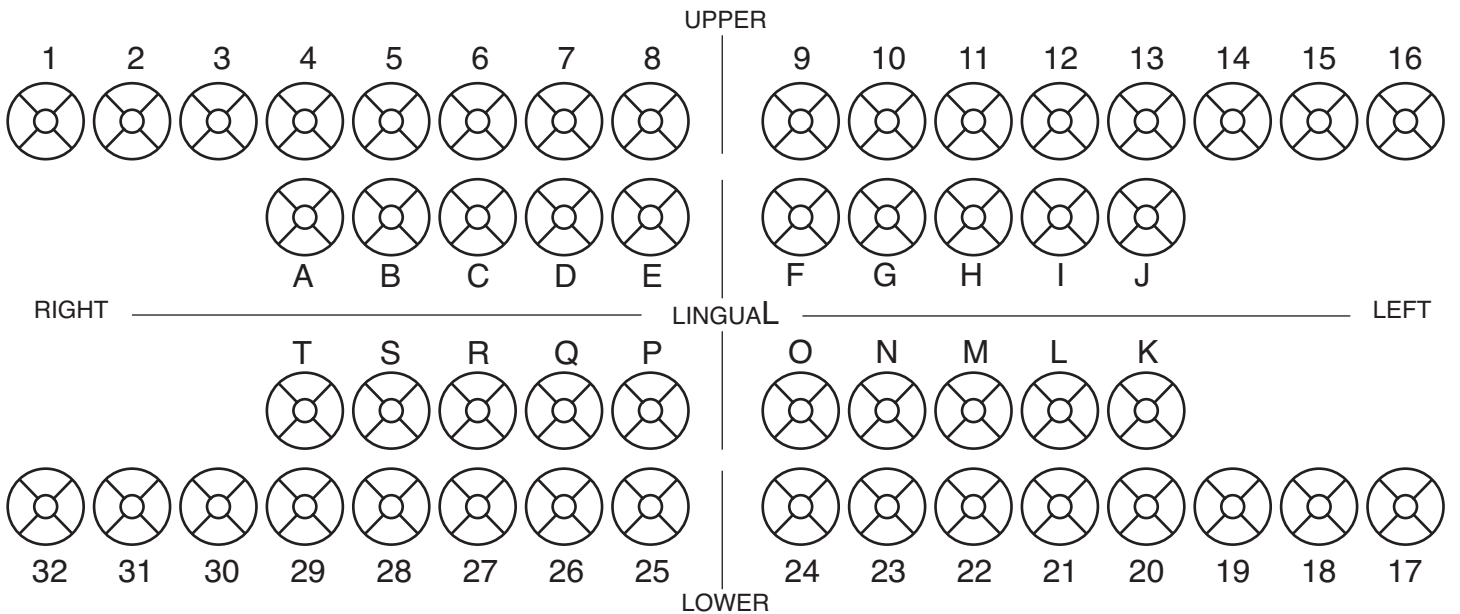
DISCOLORATION No Yes:

FLOUROSIS No Yes

DIASTEMA No Yes

Polished _____

Scaled _____



NOTES: _____
