



Pediatric
Dentistry

Nuevo Paciente
Niños Menor de 1 Año

Nos gustaría darle la bienvenida a usted y su hijo a nuestra oficina. Nuestro objetivo es la práctica para mejorar las vidas de los niños mediante la optimización de su salud oral que beneficiará a su bienestar general. Lograremos este estado del tratamiento del arte con un enfoque amigable centrándose en las necesidades especiales del niño.

Información del Paciente

Nombre: _____ Apodo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Hembra # de Seguro Social: _____
Domicilio: _____

Información del Padre / Tutor

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Números de Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____

Seguro Informacion Dental

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Numero de Grupo: _____
Teléfono del Seguro: _____ Nombre del Asegurado: _____
Relación con el Paciente: _____ Seguro Social Asegurado: _____
Fecha Asegurado de Nacimiento: _____ Empleador del Asegurado: _____

Historial Medico

Nacimiento Término o Nacimiento Prematuro: _____ Semanas.
¿Cualquier complicaciones en el parto? No Sí: _____
¿Cualquier problema médico después del nacimiento ? No Sí: _____
 Hospital Centro de Maternidad Home Nacimiento Peso al Nacer: _____ Peso Actual: _____
 Lactancia Materna Alimentación con Biberón Leche Materna Fórmula: _____

Los Problemas de Lactancia:

Problemas Prendiendo al Pecho Ampolla de Labios Frecuencia de Alimentación
 Transferencia de Leche Mantenerse en la Mama Reflujo
 El Exceso de Aire/Gas Sesiones Largas Amamantando

Dolor Maternal/Sintomas: _____
 Consultor de la Lactancia: _____

Nombre del Paciente: _____

Historial Medico

¿Su hijo ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Riñones | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Presion Alta | <input type="checkbox"/> Asma/Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Fiebra Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Desarroyo Retardado | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado/Hepatitis/ Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Desorden Endocrino | <input type="checkbox"/> Retraso Mental | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangramiento/ Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Infeccion de Oido | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon/Soplo | <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro Autista/ Asperger |
| <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos | |
| <input type="checkbox"/> Síncope/Desmayos | <input type="checkbox"/> Trastorno Inmunológico / VIH | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | |

Cualquier problema no mencionados anteriormente No Sí: _____

Anote las medicinas que su hijo este tomando actualmente: Ninguno _____

¿Su hijo es ALÉRGICO a algún medicamento o ha tenido UNA REACCIÓN ADVERSA a algún medicamento?

No Sí: _____

¿Cirugías o historia de anestesia? Ninguno Sí: _____

¿Algún historial de complicaciones de anestesia en la familia? No Sí: _____

Medico de Su Hijo: _____ Ultimo Examen: _____

¿Tiene las vacunas al dia? Sí No

Otros Médicos / Especialistas: _____

La informacion que he dado es correcta y entiendo que permanece bajo la confidencia de esta oficina. Es mi responsabilidad avisarle sobre algunos cambios en la salud de mi hijo.

Autorizo al los doctores para exmaniar a mi hijo. Yo tuve la oportunidad plena de leer y considerar el contenido del formato de consentimiento y su uso de practicas de privacidad.

Cualquier medicamento requerido por el medico se la explicará antes de comenzar el tratamiento.

Entiendo que yo sere responsable por al pago al tiempo del servicio. Yo he leído y entiendo las regulaciones de esta oficina.

Padre/Tutor Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____