



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"/> Fiebra Reumatica                            |
| <input type="checkbox"/> Presion Alta                | <input type="checkbox"/> Asma/Problemas Pulmonares    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado/Hepatitis/<br>Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo    | <input type="checkbox"/> Cancer                       | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangramiento/<br>Hemofilia     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Desorden Endocrino | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon/Soplo   | <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro Autista/<br>Asperger  |
| <input type="checkbox"/> Infeccion de Oido           | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos      |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales       | <input type="checkbox"/> Trastorno Inmunológico / VIH |  |
| <input type="checkbox"/> Síncope/Desmayos            | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia       |  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva       | <input type="checkbox"/> Herpes                       |  |

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: \_\_\_\_\_