



Pediatric
Dentistry

Nuevo Paciente

Nos gustaría darle la bienvenida a usted y su hijo a nuestra oficina. Nuestro objetivo en la práctica es mejorar las vidas de los niños mediante la optimización de su salud oral que beneficiará a su bienestar general. Lograremos nuestro tratamiento 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: _____
Asegurado Fecha de Nacimiento: _____ Empleador del Asegurado: _____

Historial Dental

¿Es la primera visita de su hijo al dentista? Sí No
¿Si no, cuando fue la ultima visita? _____
Referido por _____
¿Su hogar tiene agua de poso o de la ciudad? _____
¿Su hijo usa tabletas de fluoruro, vitaminas o enjuague? _____
¿Se cepilla los dientes diariamente? Sí No Usted lo ayuda? Sí No
¿Su hijo se chupa el dedo o tiene algun habito similar? _____
¿A que edad dejo de mamar o de tomar biberon? _____
¿A tenido tratamiento ortodoncista? _____
¿Se ha quejado de dolor, inflamacion o otros problemas? _____
¿Usted esta contento con la apariencia de la cara? _____
¿Usted esta contento con la apariencia de los dientes de su hijo? _____
¿Predecirías el comportamiento de tu hijo? Cooperativo Temeroso Desafiante No sé
¿Que la preocupa a usted sobre la salud dental de su hijo? _____

Nombre del Paciente: _____

Historia 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/
Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangramiento/
Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Desorden Endocrino | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon/Soplo | <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro Autista/
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: _____