



INFORMACION PARA EL PACIENTE

Bienvenidos a nuestra oficina! Para ayudarnos a servirle a usted, favor de llenar el siguiente formulario confidencial. La información suministrada es importante para la salud dental de su hijo(a).

Nombre del Paciente _____ Nombre Preferido _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Escuela _____ Grado _____

Razón de la visita _____ Hombre/Mujer

Información Del Padre/Tutor

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Dirección _____ Apt. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa (____) _____ - _____ Teléfono Celular (____) _____ - _____

Correo electrónico _____ Relación al Paciente _____

Información Del Padre/Tutor

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Teléfono de Casa (____) _____ - _____ Teléfono Celular (____) _____ - _____

Correo electrónico _____ Relación al Paciente _____

A quien podemos agradecer por referirlos a nuestra oficina? _____

Internet Volantes Dentista Medico Otro

Seguro Primario

Seguro Secundario

Compañía de Seguro: _____ Compañía de Seguro: _____

Numero de Teléfono: _____ Numero de Teléfono: _____

Nombre del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Numero de ID#/ Seguro Social: _____ Numero de ID#/ Seguro Social: _____

Numero de Grupo: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Historia Dental

Es la primera visita dental del niño/a? SI NO

Con que frecuencia se cepilla los dientes su hijo/a? _____

Dentista Previo _____ Ciudad _____ Estado _____

Fecha de última visita: _____

Como cree que su hijo/a va actuar hacia el/la dentista? _____

Ha tenido su hijo/a malas experiencias con dentistas? _____

Su hijo/a hace cualquiera de los siguientes? (Por favor marque cualquiera que aplique)

- Cepilla con pasta dental de fluoruro
- Toma suplementos de fluoruro
- Cepilla con la ayuda de un adulto
- Utiliza hilo dental
- Come o bebe después del cepillado en la noche
- Solo bebe agua embotellada
- Bebe jugo
- Bebe bebidas deportivas
- Niño se duerme con leche o jugo
- Niño utiliza mamila con leche o jugo
- Niño utiliza una taza de entrenamiento
- Amamanta durante el dia
- Amamanta para dormir
- Mastica objetos
- Muerde las unas
- Rechina los dientes
- Chupa el dedo
- Chupa el labio
- Chupón
- Ronca
- lesiones a los dientes del niño (caídas, quebraduras)

Nombre del Paciente _____

HISTORIA MÉDICA

Tiene o ha tenido su hijo alguno de los siguientes?
(Favor de marcar todo lo que le corresponda)

- Cáncer o un tumor
- Soplo Cardíaco, prolapso de la válvula mitral, cardiopatía
- Fiebre reumática
- Válvula o sinovial artificial
- Presión alta o baja
- Tuberculosis o problemas pulmonares
- Enfermedad de los riñones
- Hepatitis u otra enfermedad epatítica
- Transfusiones de sangre; fecha de la última transfusión _____
- Diabetes
- Epilepsia, convulsiones o desmayos
- Artritis
- Herpes o herpes labial
- SIDA o VIH positivo
- Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
- Fracturas en la mandíbula
- Anemia o trastornos de la sangre
- Fiebre de heno o problemas con los senos nasales
- Alergias or hinchazones
- Asma
- Autismo
- ADHD/ADD
- Nacimiento prematuro
- Problemas auditivos
- Discapacidad Intelectual
- Defectos congénitos
- Problemas del habla
- Problemas de comportamiento
- Embarazo
- Tratamiento de radiación
- Problemas del sistema autoinmune

Es su hijo(a) alérgico a, o ha reaccionado adversamente a los siguientes?

(Favor de marcar todo lo que le corresponda)

- Materiales de latex
- Penicilina u otros antibióticos
- Anestésicos locales ("novocaína")
- Codeína u otros narcóticos
- Sulfamidas
- Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- Aspirina
- Otros: _____

Nombre del médico del niño(a) _____ Teléfono _____

Esta su hijo(a) tomando algún medicamento? Cual? _____

Ha sido su hijo(a) hospitalizado o tenido cirugías? Por qué? _____

Tiene su hijo(a) alguna alergia a medicamentos o alimento? Cual? _____

Tiene su hijo(a) alguna enfermedad, condición o problema no mencionado? _____

Favor de añadir cualquier otra cosa que usted quisiera hacernos saber _____

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____