

Información del Paciente

Fecha: ___/___/___

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? _____

Apellido: _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad ___ Sexo: M F

Nombre del Niño: _____
Primero Segundo Nombre Apellido

Los intereses/deportes de su hijo _____

Escuela _____ Grado _____

¿Nuestra oficina ha visto previamente a algún hermano? Si No Mascotas _____

Nombre/Edad de los; Hermanos _____ Hermanas _____

Información Dental

¿Es esta la primera visita dental de su hijo? Si No Dentista Anterior _____ Última visita _____

¿Cómo espera que su hijo reaccione a esta visita? Excelente Bien Justo Pobre Inseguro

¿Cuántas veces al día se cepilla su hijo? _____ ¿Está asistido su hijo? Si No

¿Cuántas veces al día usa hilo dental su hijo? _____ ¿Está asistido su hijo? Si No

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes hábitos (**encierre en un círculo**)

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Chuparse los Dedos | 3. Respirador Bucal | 5. Chuparse el Dedo Pulgar |
| 2. Empujando la Lengua | 4. Rechinar los Dientes | 6. Usar Chupón |

¿Su hijo recibe fluoruro de (**encierre en un círculo**)

- | | | |
|-----------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Vitaminas | 3. Pasta de Dientes | 5. Tabletas/Gotas Dosis _____ |
| 2. Suministro de Agua | 4. Enjuague/Gel | |

¿Tu hijo fue alimentado con biberón? Si No ¿Hasta qué edad? _____ ¿Amamantado? Si No ¿Hasta qué edad? _____

¿Ha tenido su hijo algún dolor de muelas recientemente? Si No Por favor explique _____

¿Alguna vez su hijo ha tenido lesiones en la boca, la mandíbula, los dientes o la cabeza? Si No Por favor describa _____

¿Ha tenido su hijo una mala experiencia en otro consultorio dental? Si No Por favor describa _____

¿Tiene alguna inquietud o pregunta específica que le gustaría discutir? _____

Información Médica

Médico del Niño _____ Fecha del último examen _____

Especialistas del Niño _____ Fecha del último examen _____

¿Su hijo/a tiene buena salud? Si No ¿Están al día las vacunas de su hijo? Si No

¿Está su hijo recibiendo tratamiento actualmente por alguna afección? Si No Por favor explique _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado o se sometió a una cirugía (incluida una cirugía ambulatoria)? Si No Por favor explique _____

¿Está su hijo tomando algún medicamento actualmente? Si No Por favor liste _____

¿Ha experimentado su hijo o hay antecedentes familiares de problemas relacionados con la anestesia, incluida la hipertermia maligna? Si No

Describe el problema _____

¿Qué miembro de la familia se vio afectado y cuál es la relación con su hijo? _____

¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo alguno de los siguientes? (Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

- | | | |
|---|--|--|
| Si No ADD con Hiperactividad (TDAH) | Si No Labio Hendido/Paladar Hendido | Si No Soplo Cardíaco |
| Si No ADD sin Hiperactividad | Si No Convulsiones/Ataques | Si No Hepatitis |
| Si No Sida | Si No Diabetes | Si No Discapacitada/O Intelectual |
| Si No Anemia | Si No Disturbio Emocional | Si No Enfermedad del Riñón |
| Si No Asma | Si No Experiencia Traumática | Si No Leucemia |
| Si No Autismo | Si No Sangrado Excesivo | Si No Enfermedad del Hígado |
| Si No Defectos de Nacimiento | Si No Desorden Sangrante | Si No Deficiencia Nutricional |
| Si No Transfusiones de Sangre | Si No Arcadas Excesivas | Si No Úlceras Orales |
| Si No Problemas de Huesos/Articulaciones | Si No Problemas de los Ojos | Si No Problemas Ortopédicos |
| Si No Daño Cerebral | Si No Desmayos/Mareos | Si No Nacimiento Prematuro |
| Si No Moretones Fácilmente | Si No Problemas de Crecimiento/Desarrollo | Si No Fiebre Reumática |
| Si No Cáncer/Malignidades | Si No Infecciones del Oído | Si No Escoliosis |
| Si No Dolores de Cabeza Crónicos | Si No Enfermedad del Corazón | Si No Tuberculosis |
| | | Si No Otro: _____ |

A las respuestas **Sí** anteriores, por favor explique: _____

¿Los padres biológicos y/o los abuelos tienen antecedentes de alguno de los anteriores? Si No Explique por favor _____

Continuar



Marque con un círculo si su hijo es alérgico a alguno de los siguientes:

Penicilina/Amoxicilina _____ Látex _____ Otro: (por favor liste) _____
Rieles _____ Polen/Polvo _____
Medicamentos (por favor liste) _____ Alergias Alimentarias/Tintes (por favor liste) _____

Información Familiar

Padre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___
Relación con el niño (Marque por favor) Madre/Padre Madrastra/Padrastro Guardián (relación) _____
Dirección _____
Calle/Apartado de Correos _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Casa (___) _____ Número de Trabajo (___) _____ Número de Celular (___) _____
Empleador _____ Ocupación _____

Número de Seguro Social _____ Correo Electrónico _____
Padre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___
Relación con el niño (Marque por favor) Madre/Padre Madrastra/Padrastro Guardián (relación) _____
Dirección _____
Calle/Apartado de Correos _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Casa (___) _____ Número de Trabajo (___) _____ Número de Celular (___) _____
Empleador _____ Ocupación _____

Número de Seguro Social _____ Correo Electrónico _____

La custodia legal es con (circula por favor): Madre Padre Ambos Padres Guardián(es)
El niño vive con (circula por favor): Madre Padre Ambos Padres Guardián(es)
Padre/Guardián estado civil (circula por favor): Casados Solteros Separados Divorciados Viudo/a

Si los Tutores Legales NO SON los padres, requerimos una copia de documentación judicial actual.

Contacto de Emergencia (especifique a alguien que no viva en su hogar.)
Nombre de familia (o amigo cercano): _____ Número de Teléfono: _____
Número de Celular: _____ Relación al Paciente: _____
Dirección: _____

Seguro Dental Primario

Nombre del Seguro _____ # de Teléfono _____ Número de póliza/grupo _____
Dirección de Envío _____ Nombre del Suscriptor _____
Empleador del Suscriptor _____ Número de Seguro o ID _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Seguro Dental Secundario

Nombre del Seguro _____ # de Teléfono _____ Número de póliza/grupo _____
Dirección de Envío _____ Nombre del Suscriptor _____
Empleador del Suscriptor _____ Número de Seguro o ID _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

AUTORIDAD PARA TRATAR/TÉRMINOS, CONDICIONES Y INFORMACIÓN FINANCIERA

Por la presente autorizo a Gilbert A. Trujillo y/o Kellie McGinley a tratar al paciente mencionado anteriormente utilizando técnicas de restauración y manejo del paciente que sean aceptables y adecuadas. Entiendo que un plan de tratamiento con tarifas asociadas se discutirá completamente con el padre/tutor antes del comienzo de cualquier tratamiento. También entiendo que el plan de tratamiento y las tarifas pueden cambiar según el tiempo transcurrido desde el examen inicial o como resultado de los resultados radiográficos no obtenidos en el examen inicial. Además, autorizo la divulgación de esta información al medico o registro medico del paciente. El seguro dental es un acuerdo entre la aseguradora de mi Familia y el titular de la póliza. Autorizo el pago directamente al dentista. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por el pago completo del servicio, independientemente de los beneficios del seguro; por lo tanto reconozco que se me enviarán los estados de cuenta a mi dirección. También entiendo que esta oficina solo me enviará estados de cuenta y no puede involucrarse en situaciones de terceros. Reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____ Relación al Paciente _____
Imprimir Nombre del Padre/Tutor _____

