



Información del Paciente

Apellido del paciente: _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Edad de niño: _____ Email: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Aficiones y deportes: _____

Lista hermanos / hermanas con la edad: _____

Dentista general: _____ Fecha de ultimo examen/limpieza dental: _____

¿Quién está acompañando a su hijo hoy? Nombre y Apellido: _____

¿Tiene la custodia legal de este niño? Si No

El estado civil de los padres: Individual Casado Divorciado Viudo Separado

Información de madre: Guardián Nombre y Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____ SS #: _____

Empleo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Padrastro Nombre y Apellido: _____ Teléfono de casa: _____

Información de padre: Guardián Nombre y Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____ SS #: _____

Empleo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Madrastra Nombre y Apellido: _____ Teléfono de casa: _____

Nombre del cuidador adicional: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Relación del paciente: _____

Información del Parte Responsable (Si es diferente a la anterior): _____ SS #: _____

Dirección: _____

Relación del paciente: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____

¿Como supiste de nosotros? (Marque todo lo que corresponda):

Amigo Profesional Referencia de _____ Pasó por / manada de por Mailer

Motor de búsqueda _____ Facebook Otros medios sociales _____

Otro _____

Recordatorios de citas

Por favor, indique todos los métodos en los que desea ser contactado para recordatorios de citas:

Recordatorio de la llamada de teléfono Teléfono #: _____

Mensaje de texto recordatorio Teléfono móvil: _____

Proveedor de servicios celular: (es decir, Sprint, Verizon, etc) _____

Recordatorio del email Dirección de correo electrónico: _____

Historial médico

Médico del niño: _____ Fecha del último examen médico: _____

Por favor discutir cualquier problema médico que su hijo ha tenido: _____

Anote todos los medicamentos que toma su hijo: _____

¿Su hijo ha tenido alguna reacción desfavorable a los medicamentos? En caso afirmativo, explique: _____

¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo o el parto? _____

¿Su hijo ha estado en un hospital durante la noche o tenido alguna cirugía? _____

¿Cuándo? _____

¿Sangre su hijo durante un largo periodo de tiempo después de un corte o tener hemorragias nasales frecuentes? _____

¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes problemas médicos? (Por favor marque todo lo que corresponda)

_____ Sangrado anormal	_____ Cáncer	_____ Apretar / moler de los dientes
_____ Las alergias a alguna droga	_____ Defecto cardiaco congenito	_____ Lip Succión / Morder
_____ Asma	_____ Diabetes	_____ Boca de aireación
_____ Convulsiones / Epilepsia	_____ Hepatitis	_____ Mordedor de uñas
_____ La discapacidad auditiva	_____ VIH / sida	_____ Problema de habla
_____ Soplo cardíaco	_____ Reumática / fiebre escarlata	_____ Pulgar / que aspira el dedo
_____ Riñón / Problemas hepáticos	_____ La tuberculosis (TB)	_____ Empuje lingual

Historia dental

¿Cual es la razon de su visita hoy? _____

El ex dentista: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última revisión dental: _____ Fecha de la última Rayos-X: _____

¿Es fluorada el agua de su hijo? _____ ¿Está su hijo tomando suplementos de fluoruro? _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____

¿Cuantas veces a la semana el paciente usa hilo dental? _____ ¿Los encías de su hijo sangran? _____

¿Su hijo tiene ningún hábitos orales, tales como chuparse el dedo o rechinar los dientes? _____

¿Usted como padre visitar al dentista con regularidad? _____ Nombre del dentista(s): _____

¿Su hijo ha tenido alguna experiencia desfavorable en un consultorio dental o médica? En caso afirmativo, explique: _____

Debido a que su hijo es menor de edad, un padre o adulto tiene que dar permiso (al firmar a continuación) antes de cualquier y /o todos los servicios dentales necesarios se pueden iniciar. A pesar de nuestro compromiso de hacer de la odontología una parte agradable y cómodo de la atención médica de rutina, de vez en cuando algunos niños pueden mostrar un comportamiento que podría causar lesiones potenciales. Para un tratamiento seguro, técnicas de gestión se pueden utilizar para limitar o controlar el movimiento.

Si después de discutir las necesidades de tratamiento, se siente el comportamiento de su hijo podría require controles adicionales mangagement discutiremos las alternativas disponibles para una experiencia mutally satisfactorio para el paciente, los padres y el médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o superar los estándares de control de la infección por mandato de la OSHA, los CDC y la ADA.