



Pacientesormularios Para Nuevos Pacientes

Fecha de hoy: _____

¡Bienvenido! Con placer recibimos a su niño en nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño sea placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Deseamos enseñarle una buena higiene oral que le permita a su niño tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

Cuántenos de su niño

Nombre del niño: _____
Apellido Nombre Inicial
Fecha de nacimiento del niño: ____ / ____ / ____ Edad: ____
Apodo: _____ Hombre Mujer
Escuela: _____ Grado: ____
Pasatiempos: _____
Teléfono Casa: (____) _____
de Seguro Social: _____
Dirección del niño: _____
Ciudad Estado Código postal

Información General

¿Quién acompaña al niño hoy? _____
Nombre: _____ Relación: _____
¿Tiene Ud. custodia legal de este niño? Sí No
¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____
Otros hermanos atendidos por nosotros: _____
Pariente o amigo que no viva con Ud.:
Nombre: _____ Teléfono: (____) _____
Dirección del niño: _____
Ciudad Estado Código postal

Información de los padres

Quién es responsable de la cuenta? _____ Estado civil de los padres: Solteros Casados Viudos Divorciados Separados
 Padre Padrastro Tutor
Nombre: _____ Fecha de nac.: ____ / ____ / ____
Dirección (si es distinta de la del niño): Tel. Casa: (____) _____
SS: _____ # Licencia de manejar: _____
Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____
Email: _____
Patrón: _____
Dirección del patron: _____
Ciudad Estado Código postal

Madre Madrastra Tutora
Nombre: _____ Fecha de nac.: ____ / ____ / ____
Dirección (si es distinta de la del niño): Tel. Casa: (____) _____
SS: _____ # Licencia de manejar: _____
Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____
Email: _____
Patrón: _____
Dirección del patron: _____
Ciudad Estado Código postal

Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:
Nombre de la compañía de seguros: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____
Ciudad Estado Código postal
Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____
Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:
Nombre de la compañía de seguros: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____
Ciudad Estado Código postal
Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____
Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Autorización / Permiso

Certifico que mi hijo/a está cubierto por la Compañía de Seguros _____ y que será responsable de cualquier responsabilidad financiera no cubierta por la aseguranza. Entiendo que soy responsable por el pago de servicios prestados así como de cualquier deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autoriza al dentista a difundir cualquier información que sea necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autoriza el uso de esta firma en todos los documentos sometidos a la aseguranza, tanto de forma manual como electrónica.

Firma del padre o guardián

Fecha



Pacientesormularios Para Nuevos Pacientes

Historial Dental

Por qué trajo al niño al dentista hoy? _____

¿Ha tomado el niño alguna vez píldoras dietéticas tales como Phen-Fen?
(También conocida como Redux o Pondimin) Sí No

Si responde que sí, ¿cuándo? _____

Actualmente, ¿tiene dolor el niño? Sí No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Ha tenido el niño problemas serios / complicaciones asociadas con trabajos
dentales previos? Sí No

¿Toma el niño agua fluorada? Sí No

¿Ha recibido el niño suplementos de fluoruro? Sí No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula
(TMJ / TMD)? Sí No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? Sí No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente? Sí No

Médico del niño: _____

Tel.: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Actualmente, ¿está el niño bajo atención médica? Sí No

Por favor, describa la salud física de su hijo/a: Buena Regular Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando:

Favor de incluir algún tipo de alergia que su hijo tenga que no se encuentre en
esta lista: _____

Sí No Látex Sí No Níquel/Metales Sí No Plástico

Historial Médico

¿Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal-Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ADD-ADHD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA-VIH+ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización/Operaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas con los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos/coyunturas/válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paperas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Exposición al VIH, pero Neg. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Discapacitación-Minusvalía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB) |

¿Tiene el niño todas sus vacunas al día? Sí No

¿Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor? Sí No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave
que su hijo/a tenga/haya
tenido: _____

¿El niño tiene/ha tenido alguna(s) de las siguientes experiencias?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse/morderse los labios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar en botella |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse las uñas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse el dedo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mordisquear objetos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse la lengua/las mejillas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respirar pro la boca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apretar/rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empujar la lengua |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usar chupón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar pecho |

**Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer a exceder las normas
de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.**

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre o guardián

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado.

Firma del dentista

Fecha

Comentarios del dentista: _____

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha