



Información del Paciente

Fecha: _____

Cuéntenos sobre su hijo(a):

Nombre del niño(a): _____

Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la Madre: Madrastra/Guardián legal

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

No. Licencia: _____

Celular: _____ Casa: _____

Empleador: _____ Trabajo: _____

E-mail: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Otros miembros de familia vistos en nuestra oficina:

Seguro Dental: Por favor escoja los que aplican.

Chip Medicaid

Seguro Privado Pago Personal

Seguro Primario: _____

Seguro Secundario: _____

Información del Padre: Padrastro/Guardián legal

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

No. Licencia: _____

Celular: _____ Casa: _____

Empleador: _____ Trabajo: _____

E-mail: _____

¿Quién acompaña al niño(a) hoy?

Nombre: _____

Tiene usted custodia del niño(a)? SI/ NO

El estado civil de los padres?

Casado Divorciado Soltera(o)

Referido por:

Nombre: _____

Historia Dental

SI NO El niño(a) ha sido atendido(a) por un dentista en el pasado?

Nombre del Dentista: _____ **Teléfono:** _____

Fecha de la última visita dental y de las radiografías: _____

SI NO Su familia ha tenido una mala experiencia con un dentista en el pasado? Por favor explique: _____

SI NO El niño(a) se chupa el dedo o chupa chupón? Explique: _____

Por favor escoja si su niño(a) tiene problemas con cualquiera de lo siguiente:

Caries

Dolor de muelas

Sensibilidad en los dientes

Trauma

Infección de las encías

Cambio en color de los dientes

Ortodoncia

Hace sonidos la mandíbula

Cualquier otra problema

Comentarios: _____

La razón por la cita de hoy: _____

Datos de Salud

- SI NO Esta su niño(a) saludable?
Nombre del Pediatra: _____ **Fecha del último examen físico:** _____
Número de Teléfono: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____
- SI NO El niño(a) ha tenido algún problema de salud en el pasado? Explique: _____

- SI NO El niño(a) es alérgico a algo? Explique: _____

- SI NO Su niño(a) ha sido hospitalizado? Explique y de las fechas: _____

- SI NO Su niño(a) estado tomando algún medicamento? Explique en detalle y razón del medicamento: _____

- SI NO **SOLO PARA NIÑAS:**
Debido a Rayos-X tomados, y medicamento que podemos prescribir, es importante saber si la paciente toma pastillas anticonceptivos.
- SI NO La paciente está embarazada o hay posibilidad de embarazo?

Indique con "X" si su niño(a) está recibiendo tratamiento por lo siguiente:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia de Látex | <input type="checkbox"/> Desorden o Infección de ojos | <input type="checkbox"/> Hígado/Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangre/Transfusión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desorden Endocrinos | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas en mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Asimientos(convulsiones) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Labio hendido/paladar | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Mudo/Sordo | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón |
| <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Desarrollo Social/Personalidad | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo físico | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | | |

Por favor de detalle de lo que marqueo: _____

Consentimiento para Tratamiento Dental

Solicito y autorizo a doctores Clapp/Bell / y asociados para examinar, limpiar, y proporcionar el tratamiento dental en los dientes de mi niño. También solicito y autorizo la toma de rayos X dentales considerados necesario por los Doctores' Clapp/Bell /y asociados para diagnosticar y/o tratar el problema dental de mi niño. Permitiré que fotografías sean tomadas de mi niño o los dientes del niño para objetivos diagnósticos o educativos. Entiendo que el tratamiento dental por niños incluye esfuerzos para dirigir su comportamiento ayudándoles a entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. Doctores Clapp/Bell/y asociados proporcionarán un ambiente que permite dar ayuda a niños a aprender a cooperar durante el tratamiento usando la alabanza, la explicación y la demostración de procedimientos e instrumentos, y usando el tono de voz variable. Seré responsable de cualquier gasto incurrido en este niño para el tratamiento dental.

Firma: _____ **Fecha:** _____