

Información Médica

1. Información del Paciente

Nombre _____

¿Como llaman al niño? _____ Género Varón / Hembra

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Número de Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____) _____

2. Información de la Madre

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____) _____

Número de Teléfono Celular (_____) _____

Número de Teléfono del trabajo (_____) _____

Empleado _____

3. Información del Padre

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____) _____

Número de Teléfono Celular (_____) _____

Número de Teléfono del trabajo (_____) _____

Empleado _____

4. Correo Electronico: _____

5. Contacto De Emergencia(alguin aparte de los padres)

Nombre _____

Parentesco _____ Número de Teléfono _____

6. Información de Referencia

A quien podemos agradecer su recomendación a nuestra oficina?

Relación a la persona que la recomendó _____

7. Persona Responsable de la Cuenta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____) _____

Número de Teléfono Celular (_____) _____

Número de Teléfono del trabajo (_____) _____

8. Seguro Dental Primario

Nombre de la compañía de seguro dental _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Telefono de Seguro (_____) _____

Grupo/Plan/Póliza# _____

Nombre del asegurado _____

Numero de seguro social.# _____

Fecha de nacimiento _____

Empleador del asegurado _____

9. Seguro Dental Secundario

Nombre de la compañía de seguro dental _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Telefono de Seguro (_____) _____

Grupo/Plan/Póliza# _____

Nombre del asegurado _____

Numero de seguro social# _____

Fecha de nacimiento _____

Empleador del asegurado _____

10. Información Dental

Es la primera visita al Dentista? Sí NO

¿Cual fue el nombre del dentista previo? _____

Fecha de la última cita _____

Fecha de las radiografías mas recientes _____

¿Cual es la razón principal para su visita de hoy?

¿Como cree que su niño va a reaccionar a la visita de hoy?

Cada pregunta debe tener respuesta:

SÍ NO ¿Nacimiento Prematuro?

SÍ NO ¿Enfermedades frecuentes de la infancia?

SÍ NO ¿Heridas con los dientes, cara, o cabeza?

SÍ NO ¿Habitos bucales (se chupa el dedo gordo, muerde las uñas)?

SÍ NO ¿Toma agua de la llave?

SÍ NO ¿Toma suplementos de floruro?

SÍ NO ¿Estillado, sonidos o dolor en la articulacion de la mandibula?

SÍ NO ¿Dificultad con tratamiento dental antes?

SÍ NO ¿Se cepilla los dientes diariamente?

SÍ NO ¿Fluoruro en la pasta dental?

SÍ NO ¿Usa el hilo dental diariamente?

SÍ NO ¿Mas de un bocadillo azucarado o bebida azucarada diariamente?

SÍ NO ¿Comiendo durante la noche?

SÍ NO ¿Pariente con picadas/empastes?

SÍ NO ¿Alguien que fume en la casa del paciente?

13. Información de su Medico

Medico del paciente _____

Número de Teléfono de Médico (_____) _____

Fecha del ultimo examen fisico _____

12. Historia Medica

Cada pregunta debe tener respuesta. Alguna vez a tendio:

SÍ NO ¿Hospitalización or cirugía?

SÍ NO ¿Anestesia General or Sedacion?

SÍ NO ¿Tomando medicina?

SÍ NO ¿Alergia o sensibilidad con medicamento?

SÍ NO ¿Alergia o sensibilidad a ciertas comidas?

SÍ NO ¿Inmunizaciones hasta la fecha?

SÍ NO ¿Anomalías congénitas de nacimiento?

SÍ NO ¿Enfermedades infecciosas (sarampión, vicela, VIH)?

¿El paciente tiene algunas condiciones medicas con los siguientes sistemas? En caso afirmativo, explique.

SÍ NO ¿Córazon? (murmulo, cirugía, malformaciones, alta or baja presion)

SÍ NO ¿Pulmones? (asma, tuberculosis, reactiva las vias respiratorias, fibrosis quística, RSV)

SÍ NO ¿Gastrointestinal? (GERD/reflujo, hepatitis, ictericia, ulceras, intolerancia a la lactosa, restricciones dieteticas)

SÍ NO ¿Gentiourinario? (infeccion de la vejiga, infeccion renal, metodo anticonceptivo, embarazo)

SÍ NO ¿Musculo-esqueletico? (problemas de los huesos/articulaciones, artritis)

SÍ NO ¿Piel? (ampolla en los labios, eccesma, eruptciones, ronchas)

SÍ NO ¿Neurologico? (autismo, retraso en el desarrollo, crisis convulsivas, epilepsia, lesion cerebral, paralysis cerebral)

SÍ NO ¿Psquiatico? (abusos, ADHD, dependencia quimica, perturbacion emocional)

SÍ NO ¿Endocrino? (diabetes, problemas de tiroides, problemas hormonales, retraso de crecimiento)

SÍ NO ¿Hematologico/Linfático/Inmunidad? (anemia, hemofelia, sickle cell, cancer, desordenes inmunologicos, tratamiento de quimioterapia o radiaciones)

14. Verificación de Información

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la informacion proporcionada son verdaderas y correctas. Si hay cambios en la salud de mi niño/a, le informare, sin falta a la oficina Pediatric Dentistry, P.C. antes de la proxima cita.

Firma

Fecha

Parentesco con el paciente