

WE KNOW HOW TO MAKE KIDS SMILE!

2326 York Road, Suite 200
Timonium, MD 21093

phone 410-828-5699
fax 410-828-0711

Información sobre el paciente

Fecha: _____

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ #Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

#Telefono casa: _____ Celular de mamá: _____ Celular de papá: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: Nombre _____ Telefono _____

Dirección: _____ Relación con paciente: _____

Como supo de nuestra oficina? _____ (Nombre de quien lo refirio)

Padres son: _____ Casados _____ Solteros _____ Separados _____ Divorciados _____ Viudo/a

Custodia Padres/Abuelos (si es aplicable) _____

Nombre del padre: _____ #Seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____ #Seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador de la madre: _____ Empleador del padre: _____

de trabajo de la madre: _____ # de trabajo del padre: _____

Nombre del Seguro dental: _____ (favor dar tarjeta de seguro a la recepcionista)

Subcriptor: _____ Fecha de nacimiento del subcriptor: _____

Dirección del subcriptor: (si diferente a la de arriba) _____

Numero de ID (tarjeta) _____ #de grupo: _____

Telefono del seguro: _____

Historial Medico

Pediatra: _____ Dirección: _____ #de Telefono: _____

Fecha del último examen físico? _____

Tiene tratamiento medico por alguna enfermedad en especial? _____ Si _____ No

Cuál enfermedad o razon? _____

Está tomando su hijo/a algún medicamento en este momento? _____ Si _____ No

Indique el nombre, la dosis, frecuencia y razón por la cuál toma el medicamento:

| Droga | Dosis | Frecuencia | Razon |
|-------|-------|------------|-------|
|-------|-------|------------|-------|

Alguna vez a mostrado su hijo(a) alguna alergia o reacción inusual a lo siguiente?

Medicinas _____

Comidas _____

Alguna otra cosa _____

Ha sido su hijo(a) hospitalizado? Si No Si es así, cuando y por que razón? _____

Existen problemas psicológicos o emocionales de los cuales desea que estemos enterados? Si No

Tiene su hijo(a) alguna de las siguientes enfermedades o condiciones medicas?

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Infecciones severas | Varicela | Problemas Hígado |
| SIDA, Síntomas relacionados con SIDA/VIH | Convulsiones o Epilepsia | Retardo Mental |
| Anemia o transtornos de la sangre | Diabetes | Problemas musculares |
| Asma o problemas pulmonares | Desmayos | Anemia celulas falciforme |
| Autismo | Problemas de audicion | Sinusitis |
| Problemas de sangrado | Dolores de cabeza | Trastornos de aprendizaje |
| Cáncer/Tumores | Soplo cardiaco/Enfermedad | Problemas de visión |
| Parálisis Cerebral | cardíaca congénital | Otro,explique _____ |
| Hiperactividad, TDAH | | |

* Por favor describa cualquier tratamiento médico actual, incluyendo medicamentos, cirugías pendientes, lesiones/heridas recientes o cualquier otra información que el dentista deba de saber y que no se encuentra mencionada anteriormente:

Historial Dental

Es esta la primera vez que su hijo(a) visita el dentista? Si No

Si contestó no, hace cuanto de la última visita? _____

Nombre y dirección del dentista anterior: _____

Alguna vez a tenido su hijo/hija alguna visita dental desagradable? Si No De ser así, por favor díganos que sucedió? _____

Se cepilla los dientes su hijo/hija por sí mismo? Si No Cuantas veces y cuándo? _____

Le cepilla usted los dientes a su hijo/hija? Si No Cuantas veces y cuándo? _____

Usa su hijo/hija hilo dental? Si No

Tiene su hijo/hija alguno de los siguientes hábitos? (Indique cuando sucede)

Botella (pacha) en la noche: Si No Uso de chupete: Si No Chuparse algún dedo: Si No

Chuparse o morder el labio: Si No Respira por la boca: Si No Rechina/Cruje dientes: Si No

Ha tenido su hijo/hija fluoruro en cualquiera de las siguientes formas?

Tabletas de fluoruro o en multivitaminas _____ Si No No se _____

Agua potable (fluorización comunitaria) _____ Si No No se _____

Aplicación tópica en los dientes (circule la opción) Aplicado por dentista, enjuague, gel cepillado en casa, enjuague en la escuela.

Alguna vez se ha lastimado los dientes su hijo/hija? Si No Cuándo y cómo? _____

Se queja su hijo/hija de dolor en la mandíbula, ruidos o crujidos en los oídos mientas mastica? _____

Certifico que he leído y entiendo la información que he completado en este formulario y que lo he contestado a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas han sido contestadas con precisión. Comprendo que proporcionar (dar) información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo/hija. Autorizo la finalización de todo lo mutuamente acordado sobre los servicios dentales necesarios.

Firma

Relación con el paciente

Fecha