

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 trastornos 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 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 mientras 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