

Provider: Dr. Harris Dr. Munal

Fecha: _____

Nombre del Paciente: «FName» «LName» Fecha de Nacimiento: «BirthDate» Género «Gender»

Pediatra/Médico de Atención: _____ Número de teléfono del Pediatra: _____

Especialista(s): _____ Numero de Especialista: _____

Ortodontista: _____ Fecha de última visita: _____

Tiene su hijo o ha tenido alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco/ Problema Cardíacos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos /de la Vejiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de Personalidad/ Social
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alérgico a Productos de LATEX	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a los TINTES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV Positivo / SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condiciones de la Piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con Anesthesia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvulas de Derivación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene Prótesis (ex: pasadores, tornillos, placas, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Del Habla	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección por estafilococos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia /Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADD/ ADHD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apnea del Sueno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos del Sueno
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Catéter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma (ultimo episodio _____)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia/Ataques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amigdalectomia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estado en el Hospital o Operacion _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado / Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está Tomando Anticonceptivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riño		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad Física / Mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje/ Dislexia		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retardo del Desarrollo			

Medicamentos (Receta, Sin Receta, Hierbas): No Si: (Por favor Liste) _____

Alergias (Medicamento/Alimento/Otros Productos): No Si: (Por favor Liste) _____

Vacunas hasta la fecha: No Si

Su niño requiere antibióticos antes del tratamiento dental (soplo cardíaco, derivación, prótesis, etc...): No Si

Persona Acompañando al Niño: Eres: Padres Madrastra y Padrastro Abuelos Otro (pro favor especifica) _____

Nombre (Por favor escriba claramente): _____

Numero de teléfono: _____

¿Tiene alguna preocupación por la visita de hoy? _____

La cita de hoy incluye: Examen Limpieza Fluoruro Rayos-x para detectar caries Otro: _____

La información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que se realizará en la más estricta confidencialidad. También entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo/a, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o cualquier otra información personal. Le doy a Pediatric Dental Specialists, P.A. permiso para realizar la limpieza, el examen, radiografías, y tratamiento con fluoruro, selladores (con autorización previa) o tratamiento de emergencia para mi hijo/a.

X _____ Fecha _____

Firma (Paciente o tutor legal si menor de edad)

FOR OFFICE USE ONLY

<input type="checkbox"/> Exam: NP RC LTD RE <3 EVAL	Time: _____	Age: _____	Weight: _____	BP: _____	Pulse: _____	O2: _____
<input type="checkbox"/> Prophy: EW DH BTH KUBA						
<input type="checkbox"/> Fluoride: Foam Varnish None						
<input type="checkbox"/> BWs _____						
<input type="checkbox"/> PAs _____						
<input type="checkbox"/> Pano _____						
<input type="checkbox"/> Sealants _____						
<input type="checkbox"/> Patient Photo _____						
<input type="checkbox"/> Intraoral Photos _____						

«DriversLicense»
 RX: _____

Brushing Score: _____

F Score: _____

Next Hygiene Visit: 3m 6m 1y GRAD

Required Time: 2U 3U 4U AM DC

DT _____ DNPC

