

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____ **SEXO:** HOMBRE MUJER
Apellido Nombre de pila Segundo nombre

NOMBRE DE QUE SU HIJO PREFERE SER LLAMADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ **EDAD** ___ **PESO** ___ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** ___/___/___

¿Ya hemos atendido a otros niños de su familia? Y N

Si esto es si, indique su nombre. _____ ¿Qué médico lo atendió? _____

¿Con qué médico tiene cita el día de hoy? Harris Munal ¿Quién es su Dentista familiar? _____

¿Cómo supo acerca de nuestra oficina? (Por favor marque todos los que se aplican y especifique)

Libro telefónico Internet TV Anuncio

Amigo/Familiar _____ Medico/Dentista _____ Otros _____

¿Quién tiene la custodia legal del menor?:

Nombre/ Relación

Nombre/ Relación

El menor vive actualmente con:

Nombre/ Relación

Nombre/ Relación

¿Quién trajo al menor hoy?:

Nombre/ Relación

Nombre/ Relación

Nos gustaría conocer más a su hijo. ¿Cuáles son sus gustos y preferencias? Nombre de su mascota: _____

Color favorito: _____ Pasatiempos: _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del pariente/ amigo más cercano que no viva con usted _____ **Relación** _____

Domicilio completo _____ **Teléfono** _____

HISTORIAL DENTAL DE SU HIJO

¿Cuál es el principal motivo de su consulta? _____

¿Sabe usted si su hijo tiene problemas dentales? Si esto es así, explíquenos: _____

¿SU HIJO ALGUNA VEZ:

Sí No visitó a un dentista?

Nombre de Dentista: _____ ciudad/estado: _____

Fecha de la última consulta. _____ ¿Se le tomaron radiografías? _____

Sí No tuvo una consulta médica/ odontológica desfavorable? Si esto es así, explique: _____

Nombre del Niño _____

Fecha de Nacimiento _____

Pediatra/Médico de Atención: _____

Número de teléfono: _____

Su niño ha sido visto por un especialista: No Si Si sí, por favor indique la razón _____

Nombre de Especialista(s) _____ Número de teléfono: _____

Ortodontista: _____ Fecha de última visita: _____

¿Consideras que su niño sea: ___ avanzado en el proceso de aprendizaje ___ normalmente ___ lento progreso en el proceso de aprendizaje

Tiene su hijo o ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|---|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco/Problema Cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> problemas de pulmón, fibrosis quística | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Látex alérgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma (último episodio _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física/Mental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HIV Positivo/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anemia Células falciformes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje /Dislexia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alergia a los TINTES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Retardo del Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Válvulas de Derivación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> VIH positivo/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trastornos de Personalidad/Social Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ADD/ ADHD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Condiciones de la Piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hemofilia/Problemas de Sangrado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Catéter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cáncer/quimio/radiación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas Del Habla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Apnea de Sueno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido /ERGE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas con los Riño/enfermedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques/Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Está Tomando Anticonceptivo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes (Último Recuento _____ Tiempo _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas Musculares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia/Ataques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trastornos Del Sueño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fuerte/reflejo nauseoso excesivo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de Musculo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos/de la Vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Embarazo | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de peso | | |

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

Alergias (Medicamentos/Comida/Otros productos): No Si: Por favor liste: _____

Vacunas hasta la Fecha: No Si No Vacuno

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

¿Ha tenido su hijo?: No Si Amigdalotomía No Si Estado en el Hospital O Operación No Si Pasadores/Tornillos

Si la respuesta es Sí a alguno, por favor describa con fechas _____

Su niño ha sido visto, debe ser visto, diagnosticados y/o tratados por un profesional de la salud para cualquiera de los siguientes:

No Si Enfermedad, fiebre, congestión, O Infección de sinos en las últimas 2 semanas. No Si Infecciones del oído (últimas 4 semanas).

No Si Infección de Staph/MRSA (últimas 4 semanas). No Si Infección de la garganta (última 2 semanas)

No Si Enfermedad contagiosa/virus dentro de las (últimas 4 semanas). Si sí a cualquiera, por quien fue su hijo visto y cuando: _____

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

Nombre (Por favor escriba claramente): _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene alguna preocupación por la visita de hoy? _____

Su niño ha sido visto por otro dentista, especialista desde su última visita aquí No Si Si la respuesta es Sí por favor describa _____ se tomaron radiografías No Si

Su hijo tiene algún problema dental de cual usted este consciente incluyendo dolor de diente/danos en la boca/dientes/quijada No Si Si la respuesta es Sí por favor explique _____

La información que he dado es correcto al mejor de mi conocimiento y tengo entendido que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad. También entiendo que es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en mi hijo la condición médica, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o cualquier otra información personal.

_____ Doy mi consentimiento a Pediatric Dental Specialists, P. A. para usar el nombre y fotografía de mi hijo en su sitio de web:

www.shermankidsdentists.com, Para futuras promociones y anuncios.

Firma (Paciente o tutor legal si menor de edad)

Nombre en Imprenta

Fecha

