



Infomación Para el Paciente del Niño

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Paciente Fecha de Nacimiento _____ Niño Niña

Dirección: _____
Calle Apartamento #

Ciudad Estado Código Postal

Infomación del Tutor Legal:

Nombre _____ SS# _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Cell _____

Dirección de correo electrónico: _____

Tiempos recomendados cita: Mañana Tarde Noche Cualquier L M M J V

Dirección: _____
Calle Apartamento #

Ciudad Estado Código Postal

Información de las Referencias

¿A quién le podemos agradecer por referirle a nuestra práctica? Otra Oficina Dental Páginas Amarillas

Periódico Escuela Trabajo Otro paciente, amigo / familiar Otro _____

Nombre de la persona u oficina que se refiere a nuestra práctica: _____

Información Sobre Seguros

Primario

Nombre del Asegurado: _____
Nombre Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Asegurado Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Empleador del Asegurado Nombre: Número de teléfono: _____

Paciente relación con el asegurado: Niño Hijastrro Otro _____

Compañía de Seguros Número Nombre, Dirección y Teléfono: _____

Secundario

Nombre del Asegurado: _____
Nombre Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Asegurado Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Empleador del Asegurado Nombre: Número de teléfono: _____

Paciente relación con el asegurado: Niño Hijastrro Otro _____

Compañía de Seguros Número Nombre, Dirección y Teléfono: _____

Información de Salud y Dental

Fecha de la última visita al dentista: _____ Razón para esta visita: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor marque los que aplican:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias _____

_____ | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Trastornos de la piel (s) |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Problemas de estómago |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Sangre Enfermedades | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Chemo-Active | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Otro _____

_____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Rasgo de la célula falciforme | |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Las problemas del sino | |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | | |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales | | |
| | <input type="checkbox"/> Retraso Mental | | |
| | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos | | |
| | <input type="checkbox"/> Marcapasos | | |

• El paciente ha mencionado alguna vez ha tenido alguna complicación después del tratamiento dental? Sí No
En caso afirmativo, por favor explique: _____

• El paciente ha mencionado sido admitido en un hospital o atención de emergencia necesaria en los últimos dos años?

Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

• ¿Está el paciente arriba mencionado ahora bajo el cuidado de un médico? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

• ¿Existe algún problema de salud que requieren mayor aclaración? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• ¿Hay algo con respecto a una anterior visita dental que a usted le gustaría saber? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Nombre de la escuela del niño y maestro: _____

Nombre de las actividades favorito: _____

Cualquier otra cosa que usted sienta que debe saber acerca de su hijo para ayudar a mejorar o tratamiento dental y relación: _____

