



Dr. Maria Calcina 19214 Clay Rd – Suite D Katy, Texas. 77449 Phone: 281-463-4333

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA

ADVERTENCIA:

El Padre/Madre o guardian que acompaña al niño/a es responsable por el pago al momento del servicio. Para su conveniencia por favor imprima y complete la forma con toda la información, entreguela el día de su cita.

1. Cuéntanos un poco acerca de tu hijo/a:

Nombre del niño/a:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Apodo: _____

Mujer Hombre

Hermanos o parientes que tratamos:

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Edad del niño _____

Escuela _____

Grado: _____

Teléfono de Casa del niño/a: _____

SS# _____

Dirección del niño/a: _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Correo electrónico: _____

2. Información acerca de la Madre

Nombre _____

Madre Madrastra Guardian

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Empleador _____

Tel. del Empleo # ~~XXXXXXXXXX~~ _____ Ext. _____

Casa # ~~XXXXXX~~ _____

Número de Celular # _____

SS # _____ DL# _____

3. Información acerca del Padre:

Name _____

Padre Padrastro Guardian

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Empleador _____

Número de Trabajo: ~~XXXXXX~~ _____ Ext. _____

Número de Casa _____

Número de Celular _____

SS # _____ DL# _____

4 ¿Quién esta acompañando hoy al niño/a?

Nombre: _____

Relación: _____

¿Usted tiene custodia legal de este niño/a?

Si No

5. ¿A quién podemos agradecerle por referirlo/a a nuestra oficina?

6. La Persona responsable por la cuenta

Nombre: _____

Relación: _____

Número de Casa: _____

Número de Trabajo: _____

Número de Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

7. Seguro Dental Primario

Nombre del seguro _____

Dirección del seguro _____

Número de teléfono del seguro _____

Número de Grupo (plan, local o número de póliza) _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

_____/_____/_____

Número de SS: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Casa _____

Número de Trabajo _____

Número de Celular _____

Correo Electrónico _____

8. Seguro Dental Secundario

Nombre de la seguro _____

Dirección de la seguro _____

Número de teléfono del seguro _____

Número de Grupo (Plan, Local, or # de Poliza) _____

Nombre del titular de la poliza _____

Relación con el paciente _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza
_____/_____/_____
Número de SS: _____
Empleador del titular de la poliza _____

Nombre: _____
Relación: _____
Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Casa _____
Número de Trabajo _____
Número de Celular _____
Correo electrónico _____

9. Historia Dental

¿Es esta la primera visita al dentista del niño?

Si no es, ¿Cuándo fue la última visita al dentista?

Nombre del dentista anterior: _____

¿Le tomaron rayos X en la última visita al dentista?

¿Existe algún daño o trauma en los dientes, cara o boca?

En caso positivo, por favor, explique: _____

¿Cuál es el motivo de su visita al dentista el día de hoy?

¿El niño tiene alguno de los siguientes hábitos?

- Sí No Chuparse los labios / Morderse
- Sí No Morderse la uñas
- Sí No Hábitos de biberón
- Sí No Chuparse los dedos

¿Ha tenido el niño/a algún problema serio o dificultad asociado con previos tratamientos dentales?

- Sí No

Si su respuesta es sí, explíquenos. _____

Sí No ¿El agua de beber del niño/a es fluorizada?

Sí No ¿El niño/a toma suplementos fluorizados?

10 Historia Médica:

- Sí No ¿Ha tenido el niño/a dolor o sensibilidad en su mandíbula (TMJ/TMD)?
- Sí No ¿El niño/a se cepilla los dientes todos los días?
- Sí No ¿Usa el hilo dental diariamente?

El niño/a ha padecido de alguna de las siguientes condiciones?:

- Sí No Sangramiento anormal
- Sí No Descapacitado / Niño especial
- Sí No Alergias a algún medicamento

- Sí No Problemas de audición
- Sí No Estadías en el hospital
- Sí No Problemas cardíacos
- Sí No Alguna operación
- Sí No Hemofilia/Problemas sanguíneos
- Sí No Asma
- Sí No Hepatitis
- Sí No Cancer
- Sí No HIV + / SIDA
- Sí No Defectos congénitos de nacimiento
- Sí No Condiciones de Pancreas / Riñón
- Sí No Convulsiones/Epilepsia
- Sí No Fiebre reumática
- Sí No Embarazo
- Sí No Alergias a productos a base de latex
- Sí No Tuberculosis
- Sí No Diabetes
- Sí No ADD/ADHD
- Sí No Autismo

Por favor explíquenos acerca de cualquier condición médica importante que ha tenido o tiene el niño/a:

Por favor explique todas las medicinas que el niño/a está tomando: _____

Por favor enumere todas las alergias: _____

Nombre del Médico del niño/a: _____

Tel: _____

Actualmente el niño/a se encuentra bajo el cuidado de un médico? Sí No

Por favor describa la salud física actual del paciente:

- Buena Regular Mala

Nuestra oficina está comprometida a mantener o exceder los estándares de Control de Infecciones mandados por OSHA, CDC, ADA y de AAPD.

11. Yo entiendo que la información que he dado es correcta y lo más detallada a mi conocimiento, que será manejada de la manera más estrictamente confidencial y que es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en la salud médica de mi hijo/a.

Firma de la madre, padre o guardian _____

Fecha _____ Relación con el paciente _____

PARA EL USO DE LA OFICINA / FOR OFFICE USE ONLY

I verbally reviewed the medical / dental information above with the parent / guardian and patient named herein.

Initials _____ Date _____

Doctor's Comments _____
