

ABC Pediatric Dentistry
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre completo del paciente: _____ Nombre de preferencia: _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenino

¿Habla el paciente Ingles? Si No

Nombre de la persona que está llenando esta forma _____ Relación al paciente: Madre Padre Otro _____

El Paciente vive con Ambos Padres Madre Padre Otro _____

HISTORIAL DENTAL

¿Es esta la primera visita de su hijo/hija al dentista? No Si Fecha de la ultima visita _____ Motivo de la visita de hoy _____

¿Tiene el paciente dolor alguno? Si No

A hecho o hace el paciente lo siguiente:

SI NO

- Chuparse el dedo pulgar o cualquier otro dedo, morderse las uñas
- Usa aparatos de Ortodoncia
- Toma suplemento de fluoruro

SI NO

- Usa chupón o biberón/mamila al momento de irse a la cama
- Se rechina los dientes al dormir

En general como han sido las visitas anteriores de su niño al dentista buenas más o menos malas

HISTORIAL MEDICO

Nombre del médico del paciente _____ Clínica _____

SI NO

- ¿Esta el paciente bajo cuidado médico? / Motivo (s) _____
- ¿Esta el paciente tomando algún tipo de medicamento?
- ¿A estado alguna vez el paciente hospitalizado?
Explique _____
- ¿Se le ha hecho al paciente alguna transfusión de sangre?
Si, FECHA ___/___/___
- ¿Tiene el paciente tubos en los oídos?
Si es a si explique _____
- Alergias; Látex, Comida, Medicamentos etc. Si es a si favor de especificar

- SIDA/ HVI
- Asma
- Problemas de Comportamiento
- Enfermedad en la sangre Anemia Hemofilia Anemia Multicelular Otra _____
- Cancer
- Enfermedad en el cerebro
- Viruela Expuesto recientemente

SI NO

- Diabetes, medicamentos _____
- Ataques Epilépticos, Medicamentos? _____
- Hepatitis o enfermedad en el Hígado
- Enfermedad del Corazón
Especifique: Murmullo Defecto congénito Fiebre Reumática
 Perdida de Oído Enfermedad de los Riñones
- Incapacidad de Aprendizaje
- Sarampión
- Retardación mental, nivel de la edad de funcionamiento _____
- Embarazo
 Salpullido en la piel
- Problemas nasales
- Tiroides
- Tuberculosis / expuesto recientemente

Soy el padre o tutor legal de este niño y al marcar esta casilla entiendo que seré financieramente responsable por cualquier servicio prestado.

Yo afirmo haber leído y comprendido la información de arriba. También afirmo que mis preguntas han sido contestadas y han sido resueltas todas mis dudas. Yo no haré responsable al Dr. Allen, Dr. Kurt, Dr. Brandon, o a ninguno de sus empleados por cualquier error e omisión que se haya hecho al completar esta forma.

Firma del Padre/ Tutor _____ Fecha ___/___/___