



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre _____ Apellidos _____ Nombres _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Como prefiere que le llamen? _____

Direccion del Nino _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Telefono de casa _____ Telefono de celular _____

Nombre de la escuela _____ Grado _____

Deportes/pasatiempos _____

Nombre y edades de hermanos(as) _____

 Nombres de familiares que atendemos en la officina _____

A quien le agradecemos por su referencia? _____

Nombre de la persona que acompaña al niño hoy _____

Relacion con el paciente _____

Escoja uno: Padres Naturales ___ Padres adoptivos ___ Cuidado Temporal ___ Otro ___ / especifique _____

INFORMACION DE LOS PADRES

MADRE

Escoja uno: Mama _____ Madrastra _____ Guardian Legal _____

Nombre _____ Estado Civil- Casada ___ Divorciada ___ Viuda ___ Soltera ___

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Telefono de casa _____ Telefono de Trabajo _____ Celular _____

Correo Electronico _____ Empleador _____

PADRE

Escoja uno: Papa _____ Padrastro Guardian _____ Guardian Legal _____

Nombre _____ Estado Civil- Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Soltero ___

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Telefono de casa _____ Telefono de trabajo _____ Celular _____

Correo Electronico _____ Empleador _____

PERSONA RESPONSIBLE DE LA CUENTA

Nombre _____ SS# _____ - _____ - _____

Telefono de casa _____ Telefono de trabajo _____ Celular _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Medico Primario Relacion con el Paciente _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Grupo#/Poliza# _____ SS# _____ - _____ - _____

Nombre del seguro _____ Direccion _____

Telefono del seguro _____ Nombre del plan _____

Seguro Medico Secundario Relacion con el Paciente _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Group #/Poliza# _____ SS# _____ - _____ - _____

Nombre del Seguro _____ Direccion _____

Telefono del Seguro _____ Nombre del Plan _____

CONTINUED ON OPPOSITE SIDE

HISTORIA MEDICA

Medico Familiar _____ Ultima Visita _____ Telefono# _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Marque si o no y explique

Si No Esta tomando Medicina? _____
Si No Es alergico a algun medicamento? Describa _____
Si No Esta actualmente bajo cuidado medico? Explique _____
Si No Tiene historia de alguna enfermedad mayor? Explique _____
Si No A estado hospitalizado? _____
Si No Le han removido las anginas? _____
Si No Alguna vez a padecido de: Asma _____ Alergias _____ Fiebres Altas _____ Infecciones de la garganta _____

Marque si ha padecido alguna de estas enfermedades o condiciones Medicas

Si	No	Sangrado Abnormal	Si	No	Probl de crecimiento	Si	No	Probl.del higado
Si	No	Tuberculosis	Si	No	Anemia	Si	No	Epilepcia
Si	No	Probl. del pulmon	Si	No	AIDS	Si	No	Arthritis
Si	No	Glaucoma	Si	No	HIV+	Si	No	Desordenes de Sangre
Si	No	Murmullo Corazon	Si	No	Desordenes Nervioso	Si	No	Lentes de Contacto
Si	No	Desorden de huesos/coyonturas	Si	No	Probl. del corazon	Si	No	Neumonia
Si	No	Cancer/Tumor	Si	No	Hepatitis-Tipo _____	Si	No	Epilepsia
Si	No	Diabetes	Si	No	Herpes	Si	No	Hyper Activo
Si	No	Presion alta	Si	No	Corazon Reumatico	Si	No	Probl. de tiroide
Si	No	Mareos/Desmayos	Si	No	Probl. emocionales	Si	No	Sinositis
Si	No	Probl del rinon						

HISTORIA DENTAL

Dentista _____ Ultima Visita _____ Telefono# _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Que te molesta de tus dientes? _____

Marque la respuesta correcta y explique.

Si No Has tenido accidentes en tu cara, boca o dientes? _____
Si No Sabe de dientes extra, rotos o que le falten? _____
Si No Alguna vez a tenido infeccion en los dientes? _____
Si No Su boca o dientes son sencibles a la temperature o presion? _____
Si No Sus encias sangran cuando se lava los dientes? _____
Si No Tiene algun tipo de aparato en la boca? _____
Si No Ha necesitado terapia del habla? _____
Si No Tiene TMJ? _____
Si No Le suena o truena la mandibula? _____
Si No Talla o aprieta los dientes de noche? _____
Si No Tiene Dolores de cabeza de tension? _____
Si No Tiene Dolores de cabeza frecuentes? _____
Si No Se lava los dientes diario? Cuantas veces al dia? _____
Si No Usa el hilo dental diario? _____

Entiendo que la informacion que he dado es correcta de acuerdo a mi conocimiento y se mantendra estrictamente confidencial, es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en el estado medico de mi nino. Yo autorizo al personal dental que realice el servicio dental que mi nino necesite.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

USO SOLO PARA LA OFICINA

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/dental con el padre o tutor del paciente presente.

Iniciales: _____ Fecha _____

Comentarios del doctor: _____