



Antioch Brentwood Pediatric Dentistry

LA INFORMACION QUE USTED NOS PROPORCIONE NOS PERMITIRA FAMILIARIZARNOS CON SU NINO(A)

Nombre del nino(a) _____ Sobrenombre _____
 Nombre _____ Apellido _____
 Sexo: M ___ F _____ Fecha de Nacimiento _____ Adopcion/Tutela _____
 Cual es el motivo de esta visita? _____
 Es esta la primera visita de su nino al dentista? _____ Fecha de la ultima ? _ Proposito de la ultima visita _____
 Como se comporto su nino(a) en la ultima visita con el dentista? _____
 Hemos visto a otros ninios en su familia? _____
 Nombre y edades de los hermanos(as) _____
 Como se llama la mascota de su nino(a)? _____
 Nombre del dentista familiar _____ Nombre del dentista anterior del nino _____
 A quien podemos agradecerle que le haya recomendado a nuestro consultorio? _____

INFORMACION MEDICA

Pediatra del nino _____ Numero telefonico _____
 Fecha del ultimo examen fisico _____ Esta bajo cuidado medico ahora? _____
 Porque razon? _____
 Esta tomando su nino alguna droga o medicamento? _____ Que tipo: _____
 Porque razon? _____
 Ha estado su nino hospitalizado alguna vez? _____
 Porque razon? _____ Cuando? _____
 Es su nino alergico a alguna medicina? _____ Que Tipo? _____
 Describa la reaccion alergica _____
 Tiene su nino reaccion alergica a: comida? _____ animales? _____ polen? _____ polvo? _____ latex? _____
 Tiene su nino buena coordinacion fisica? _____
 Ha recibido su nino todas sus vacunas? _____
 Ha tenido su nino alguno de los siguientes problemas o enfermedades:

SI	NO		SI	NO	SI	NO	
___	___	Alergias a medicinas	___	___	___	___	Problemas de audicion
___	___	Nacimiento prematuro	___	___	___	___	Infecciones del oido
___	___	Primer ano de vida	___	___	___	___	Reflejo de nausea
___	___	Problemas del corazon	___	___	___	___	Mareos
___	___	Fiebre reumatica	___	___	___	___	Cancer
___	___	Asma	___	___	___	___	Problemas del rinon
___	___	Convulsiones / Epilepsia	___	___	___	___	Mareos o desmayos
___	___	Diabetes	___	___	___	___	Problemas del habla
___	___	Desorden inmunologico SIDA	___	___	___	___	Regurgitacion/eructar
___	___	Tuberculosis	___	___	___	___	(GERD) Reflujo de acido

Comentarios /detalles _____ fx Medica Revisada;

Tiene su nino algunos temores? _____ Algun problema escolar o emocional? _____

Como describiria el aprendizaje de su nino: Lento _____ Medio _____ Acelerado _____

La información previa es correcta y verdadera. Firma _____ Fecha _____

INFORMACION DENTAL

Fue su niño alimentado con biberón? _____ Hasta que edad? _____
O lo alimento con pecho? _____ Hasta que edad? _____
Tiene su niño algunos hábitos bucales como: chuparse el dedo _____ rechinar los dientes? _____ roncar _____
chuparse los labios _____ respirador bucal _____ chupón _____ morderse las uñas _____ otros _____
Ha tenido su niño alguna vez traumatismos en sus dientes, boca o cabeza? _____
Si es así, por favor describalos _____
Ha tomado su niño fluoruro? _____ En qué forma y cuando? _____
Se lava su niño los dientes regularmente? _____ Le ayuda algún adulto a hacerlo? _____
Usa su niño hilo dental? _____ Le ayuda algún adulto a hacerlo? _____
Ha sido tratado alguno de los dos padre(s) o niño con Ortodoncia? _____
Como espera usted que su niño se comporte en nuestro consultorio? _____
Describa a su niño: Desenvuelto _____ Timido _____ Terco _____ Ansioso _____ Miedoso _____ Niño regular _____
Que podemos hacer para que esta visita sea positiva para su niño? _____

INFORMACION GENERAL

Esta información es necesaria para propósitos financieros y de crédito.

Nombre de la persona que es financieramente responsable de este niño _____
PADRE (Nombre completo) _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____
Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____
Empleador _____ Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono (trabajo) _____
Número de Seguro Social _____ Número de Licencia de Manejar _____
MADRE (Nombre completo) _____ Fecha de nacimiento _____ Estado Civil _____
Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____
Empleador _____ Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono (trabajo) _____
Número de Seguro Social _____ Número de Licencia de Manejar _____
El paciente vive con: Padres naturales _____ Madre _____ Padre _____ Otro _____
Familiar más cercano que no vive con usted (es) _____ Teléfono (casa) _____
Dirección _____ Ciudad/Postal _____ (trabajo) _____
Gracias por proveer la información detallada

INFORMACION DEL SEGURO Y CONSENTIMIENTO

PADRE: Nombre del seguro _____ Número de la póliza _____
Dirección _____ Local de la Unión _____
MADRE: Nombre del seguro _____ Número de la póliza _____
Dirección _____ Local de la Unión _____

Asignación de beneficios Por medio de esto autorizo pago directo a los dentistas arriba mencionados del grupo dental, beneficios de otro modo pagaderos a mí pero que no excedan los cargos que se notan en el cobro. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo que no este cubierto por esta autorización.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Consentimiento: Le doy al dentista permiso para que se use las medidas que considere necesarias en su juicio profesional para otorgar el mejor tratamiento dental para mi niño (a).

FIRMA _____ **Relación con el niño (a)** _____ **FECHA** _____

(sphealth)