

MI GUSTO POR VCN URGE KNUV-PEDIATRIC DENTISTRY

www.happysmile4you.com
408-900-7252 (Phone) 408-900-7263 (Fax)
kiferped@gmail.com

INFORMACION DEL PACIENTE Y FORMULARIO DEL HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado Escolar en el que esta el nino(a): _____
Nombre de la Escuela que atiende el nino(a): _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____ # de Tele. De Casa: _____
de Seguro Social del Paciente : _____ - _____ - _____
Correo Electronico del Padre o Guardian del Paciente: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del padre o Guardian: _____ Relacion con el Paciente: _____
Lugar de Empleo: _____
de Tel : _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Nombre de la madre o Guardian: _____ Relacion con el paciente: _____
Lugar de Empleo: _____
de Tel: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Quien tiene custodia del Paciente? _____ Asegurancia Dental: Si No
Persona responsable por la cuenta _____ #de Seguro Social/# de ID: _____
Estatus Marital de los Padres: Casados / Separados / Divorciados / Otro: _____

A QUIEN DAR GRACIAS POR REFERIRLOS A NOSOTROS?

Nombre: _____
 De un amigo www.happysmile4you.com Directorio Oficina Dental Pediatra/Doctor Otro

CONTACTO DE EMERGENCIA(aparte de los padres)

Nombre: _____
Relacion con el Paciente: _____ #de Tel. de casa: _____
de Tel. del Trabajo: _____ #de Celular: _____

PROVEEDOR DE SALUD

Nombre del Pediatra/Doctor: _____ # de Tel: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____

HISTORIAL DENTAL

Cual es la razon por la visita de su hijo(a)? _____
 Si No Su hijo(a) a hido al dentista anteriormente? Fecha de su ultima limpieza y rayos-x (si le tomaron) _____
Nombre del Dentista Previo: _____
de Tel: _____
 Si No Su hijo(a) ha tenido una reaccion no favorable en el cuidado dental con el dentista previo?
Explicar _____
 Si No Su hijo(a) se chupa el dedo o chupon? Cual de los dos? _____
 Si No Su hijo(a) se va a la cama con mamila o basito? Si si, que contiene? _____
 Si No Su Hijo(a) come aperitivos frecuentemente ? Cuales son sus aperitivos favoritos? _____
 Si No Su hijo(a) ha estado bajo anesthesia local? Hubieron problemas? _____
 Si No Su hijo(a) ha estado sedado para tratamiento dental? Hubo Problemas? _____
 Si No Su hijo(a) se ha lastimado sus dientes? Cuales: _____
Tratamiento dental por el dano: _____
 Si No Su hijo(a) o alguien en su familia han tenido caries? Si si, quien y cuando? _____

Porfavor cheque si su hijo(a) ha tenido alguno de estos problemas:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caries | <input type="checkbox"/> Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los dientes | <input type="checkbox"/> Respiracion Bocal |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Infeccion en la encia | <input type="checkbox"/> Dientes Descoloridos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Dientes | <input type="checkbox"/> Crujido Mandibular | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes | |

Explicaciones y Comentarios: _____

---(OVER)---

HISTORIAL DE FLUORURO

- Si No En casa la agua contiene fluoruro?
- Si No Su hijo(a) usa pasta dental con fluoruro?
- Si No Usted le subministra algun otro metodo de fluoruro? Que? _____
- Si No Su hijo(a) participa en el programa de enjuague con fluoruro en la escuela? _____

HISTORIAL MEDICO

- Si No Su hijo(a) esta en buena salud? Fecha del ultimo examen fisico _____
- Si No Su hijo(a) sufre de algun problema medico? _____
- Si No Alergias (Porfavor anotelas) _____
- Si No Su hijo(a) esta tomando medicamentos en este momento? Porfavor anote la medicina, dosis, y razon:: _____
- Si No Las vacunas de su hijo(a) esta al corriente?
- Si No Le an dicho que su hijo(a) tiene que tomar algun antibiotic antes de un tratamiento dental?
- Si No Su hijo(a) ha estado hospitalizado, bajo anestecia general, o hido a la sala de emergencia?
Porfavor explique: _____
- Si No Hubo dificultades al nacer? _____

Como considera a su hijo(a): adelantado en su aprendizaje progesando normalmente aprender lentamente

Porfavor cheque si su hijo(a)ha sido tratado por alguno de estos problemas:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsias | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Higadeo | <input type="checkbox"/> Defectos Congenitales de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Asma/Respiracion |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Rinon | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Prolemas del Habla/ Audicion | <input type="checkbox"/> Endocrino/ Cresimiento | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Espina Bifida | <input type="checkbox"/> Retrazo Mental |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Frecuentes | <input type="checkbox"/> Emorragias/Transfusiones | <input type="checkbox"/> Retrazo Fisico |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Importantes | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumores |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Discrasia Sanguinea | <input type="checkbox"/> Labio Leporino | <input type="checkbox"/> Abusos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las celulas | <input type="checkbox"/> Problemas de Personalidad/Social | <input type="checkbox"/> Reacciones Adversas a Medicamentos |

Otros: _____

Si su hijo(a) tiene alguno de estos problemas porfavor explique: _____

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior en ambos lados de esta formulario en lo mejor de mi conocimiento. Todas las preguntas han sido respondidas con precisión. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. También entiendo que es muy importante para informar sobre cualquier cambio en la condición médica o dental de mi hijo al dentista lo antes posible, y estoy de acuerdo en hacerlo. Yo le doy permiso al dentista para obtener cualquier información adicional del médico de mi hijo acerca de su / sus antecedentes médicos necesarios para proporcionar el mejor tratamiento dental posible.

Doy permiso para que la Dra. Ng y el personal llebe a cabo un examen dental, profilaxis dental (limpieza), tratamiento de fluoruro y tomar radiografías de mi hijo.

PERSONA QUE LLENO ESTE FORMULARIO: FIRMA _____
Relacion con el Paciente: _____ FECHA: _____