



**Información de Paciente**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Apodo: \_\_\_\_\_ Niño  Niña  Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de Paciente: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Numero Telefónico: ( ) \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Información de Padres/Guardián**

Madre  Padre  Guardián

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Numero Telefónico: ( ) Celular: ( ) Numero del Trabajo ( )

Dirección (si es diferente de paciente): \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_

Madre  Padre  Guardián

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Numero Telefónico: ( ) Celular: ( ) Numero del Trabajo ( )

Dirección (si es diferente de paciente): \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_

¿Quien acompña el paciente hoy? \_\_\_\_\_  
Nombre Relacion

¿Quien tiene la custodia legal del paciente? Madre  Padre  Custodia compartida  Otro  \_\_\_\_\_

¿A quien le podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

¿otros miembros de familia atendidos por el Dr.? \_\_\_\_\_

¿La razon por la visita hoy? \_\_\_\_\_



**DENTAL INSURANCE INFORMATION**

**Primary Dental Insurance**

Employer: \_\_\_\_\_

Dental Insurance Name: \_\_\_\_\_ Insurance Phone#: (    ) \_\_\_\_\_

Claim Filing Address: \_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_

City

State

Zip

Policyholders Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Last First MI

ID#: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Work Phone#: (    ) \_\_\_\_\_

Relationship to patient: \_\_\_\_\_

**Secondary Dental Insurance**

Employer: \_\_\_\_\_

Dental Insurance Name: \_\_\_\_\_ Insurance Phone#: (    ) \_\_\_\_\_

Claim Filing Address: \_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_

City

State

Zip

Policyholders Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Last First MI

ID#: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Work Phone#: (    ) \_\_\_\_\_

Relationship to patient: \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

Dentista (Previo  / Presente ): \_\_\_\_\_

Dirección del dentista: \_\_\_\_\_

Numero telefonico del dentista: (     )

Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima radiografia \_\_\_\_\_

**El paciente ha tenido...**

Cirujía o tratamiento dental Si  No

Dolor de mandibula Si  No

Lesión de diente Si  No

Anestesia local Si  No

Dificultad asociada con  
tratamiento dental Si  No

Oxido Nitroso Si  No

Fluoro en cualquiera de las siguientes formas:

Tabletas de fluoruro,  
multivitimas de fluoruro Si  No

Agua del choro Si  No

Fluoro puesto por el dentista Si  No

Enjuage de fluoruro Si  No

Pasta dental con fluoruro Si  No

**El paciente tiene alguno de los siguientes costumbres**

Chupa los dedos Si  No

Muerde las uñas Si  No

Rechina los dientes Si  No

Respira por la boca Si  No

Usa un chupete Si  No

Toma de una pacha Si  No

El niño/a se sevilla los dientes solo Si  No

Ayudán los padres Si  No

Cuantas veces al dia se sepillan los dientes \_\_\_\_\_

Cuantas veces al dia usan hilo dental \_\_\_\_\_

Ayudán los padres Si  No

**Historia Medical**

Doctor de Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de oficina: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Su hijo/hija esta de bajo cuidados medicos por alguna enfermedad condicion medica? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo por favor explicar: \_\_\_\_\_

Hay historia de enfermedad severo, hospitalización, o cirujia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo por favor explicar: \_\_\_\_\_

Le han dicho que su hijo/hija necesita tomar anitbiotico antes de tener tratamiento dental? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Escribe toda las medicaciones, antibioticos que su hijo/hija esta tomando ahora:

Sangra Abnormalmente	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desventajas/Discapacidad	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Abuso (sexual/fisico)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Avditiva/Visión	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hyper Actividad	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Defecto de Corazon	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Anemia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hueso Artificiales	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Enfermedad Hepátetica	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Asthma	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Autismo/PDD	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Leucemia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Lesión de Cerebro	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopédicos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cancer	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Parálisis Cerebral	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Labio Leporino	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Diabetes	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Células Falciformes	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dolores de Cabeza Frecuentes	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Apnea del Sueño	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Trastonos Gastrointestinales	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Syncope (fainting)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
VIH/Sida	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
					Otro _____	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Si usted marco si para algun problema medico por favor explique abajo

**Su hijo/hija es alergico a algunos de las cosas abajo:**

Antibiotico/Medicamento	_____	Si	_____	No	Metals	_____	Si	_____	No
Látex	_____	Si	_____	No	Plastico	_____	Si	_____	No
Anestesia local	_____	Si	_____	No	Otro _____	_____	Si	_____	No

Yo confirmo que la informacion pervisto esta corecto a lo mejor de mi conocimiento, que se llevará a cabo en la más estrictas confidencialidad. Y que es mi responsabilidad informar la oficina de algun cambio en la historia medica de mi hijo/hija.

Firma de padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_