

Kissimmee Childrens Dentistry

595 Oak Commons Boulevard, Suite C
Kissimmee, FL 34741

Nuevo formulario de información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de hoy _____

Primer Nombre Inicial Apellido
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____ Masculino o Femenino
Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____
Si el estudiante, nombre de escuela _____ Ciudad _____ Estado _____
Nombre de la madre _____ Fecha de Nacimiento _____
Madres empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Nombre de la padre _____ Fecha de Nacimiento _____
Padres empleador _____ Teléfono del trabajo _____
A quien podemos darle las gracias por referir lo _____
Persona de contacto en caso de emergencia(ademas de los padres) _____ Relación _____
Teléfono _____

Persona Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el paciente _____
Dirección _____ Teléfono de casa _____
Licencia de conducir # _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguridad Social _____
Dirección de correo electrónico _____

Información de seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguridad Social# _____ Fecha de Empleo _____
Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Compañía de seguros _____ Teléfono _____
Grupo # _____ ID/Política# _____

X _____
Nombre del padre

X _____
Firma del padre

Historial Medico

Pediatra _____ Fecha de la ultima visita _____
 Dirección _____ Teléfono _____

Por favor marque si o no (in caso afirmativo completar los detalles)

Si No Estas tomando algún medicamento? Por favor enumere: _____

Si No Es usted alérgico a cualquier medicamento? _____

Si No Tiene un historial de enfermedad importante? _____

Si No Ha tenido algún operaciones o ha sido hospitalizado? _____

Tipo de cirugía: _____ Fecha: _____

Tipo de cirugía: _____ Fecha: _____

Si No Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o el cuello grave? _____

SI No Estas ONA dieta especial? _____

Pacientes hembra solamente:

Si No Estas embarazada? _____

Si No Esta tomando anticonceptivos orales? _____

Si No Estas Lactando? _____

Circular cualquiera de las siguientes condiciones medicas que usted ha tenido o tiene actualmente:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Sida/HIV Positivo | Fácilmente Winded | Problemas de Riñón |
| Sangrado Abdominal/Hemofilia | Enfisema | Le ucemia |
| ADHD/ ADD | Epilepsia o Convulsiones | Enfermedad del Hígado |
| Rinitis Alérgica | Sangrado Excesivo | Presión Arterial Baja |
| Anemia | Sed Excesiva | Enfermedad Pulmonar |
| Angina | Desmayos o Mareos | Prolapso De La Válvula Mitral |
| Artritis/ Gota | Tos Frecuente | Dolor de Articulaciones de Mandíbula |
| Corazón Artificial Válvula | Dolores de Cabeza Frecuente | Neumonía |
| Síndrome De Asperger | Desordenes Gastrointestinales | Radiación/Quimioterapia |
| Asma | Herpes Genital | Perdida de Paso Reciente |
| Desorden Del Espectro Autista | Glaucoma | Fiebre Reumática |
| Enfermedad De La Sangre | Fiebre de heno | Fiebre Escarlata |
| Transfusión De Sangre | Ataque del Corazón/ Fracaso | Herpes |
| Problemas Al Respirar | Soplo del Corazón | Enfermedad de célula Falciforme |
| Trastornos De Los Huesos | Corazón Marcapasos | Sinusitis |
| Fácilmente Abollados | Problemas del Corazón/ Enfermedad | Espina Bífida |
| Cáncer | Hemofilia | Problema Estomacal/ Intestinal |
| Enfermedad | Hepatitis A | Ataque al Corazón |
| Quimioterapia | Hepatitis B o C | Hinchazón De Extremidades |
| Dolor En El Pecho | Alta Presión Sanguínea | Amigdalitis |
| Defecto Cardíaco Congénito | Urticaria o Erupción | Tuberculosis |
| Convulsiones | Hipoglucemia | Tumores/ Crecimientos |
| Diabetes | Latido del Corazón Irregular | Ulceras |
| Mareos | Enfermedad Venérea | La Ictericia Amarilla |
| Síndrome Down | | |

¿Hay algunas condiciones médicas o enfermedades graves, no mencionados anteriormente, que se siente que deberíamos tener en

cuenta? _____

Historial Dental

Nombre del dentista anterior: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de la última visita: _____

Si No ¿Su hijo está actualmente en ningún dolor dental? Explique: _____

Si No ¿Tiene su hijo instalaciones de antibióticos antes del tratamiento dental? _____

¿El niño tiene o tuvo cualquiera de los siguientes hábitos? Marque todo lo que corresponda

Pulgar o lengua hábito	Sí	o	No
Respira por la boca	Sí	o	No
Mastica objetos	Sí	o	No
Lacta	Sí	o	No
Chupete	Sí	o	No
Morderse las uñas	Sí	o	No
Hábitos de botellas	Sí	o	No
Problemas del habla	Sí	o	No
Se muerde la lengua o la mejilla	Sí	o	No
Apretar o rechinar los dientes	Sí	o	No
Sangrado de las encías	Sí	o	No

Otros (Especifique) _____

Por favor marque lo que corresponda a su hijo:

Cepillos diaria: Sí o No Si no es así, no cepillar su hijo semanal: Sí o No

Las sedas diaria: Sí o No Si no es así, no usar el hilo dental a su hijo semanal: Sí o No

Si ni se aplica, la frecuencia con que hace su niño a cepillarse: _____

Si ni se aplica, la frecuencia con que hace su hilo dental infantil: _____

Los padres le cepillan los dientes y le pasan el hilo dental: Sí o No

Sí o No ¿Se han producido lesiones en la cara, boca o los dientes? _____

Sí o No ¿Alguna vez ha visto un ortodoncista? En caso afirmativo, quién y cuándo? _____

Sí o No ¿Sus dientes o mandíbulas vez se siente incómodo cuando se despierta por la mañana? _____

Sí o No ¿Es usted consciente de su mandíbula clic o reventar? _____

Sí o No ¿Es usted consciente de apretar los dientes durante el día? _____

Sí o No ¿Alguna vez ha dicho que le rechinan los dientes? _____

Si o No ¿Tiene dolores de cabeza "tensión"? _____

Sí o No ¿Alguna vez ha experimentado timbre crónico en los oídos? _____

Firma: _____ Fecha: _____