

# Infantil / Juvenil Registro

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Primero Medio Ultimo

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Casa # ( ) \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Trabajo # ( ) \_\_\_\_\_

Nombre completo de la madre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Trabajo # ( ) \_\_\_\_\_

Fax # ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Últimos servicio Dental (consulta):  Ninguno  Emergencia sólo (por qué \_\_\_\_\_)  Regular

Primera vista \_\_\_\_\_

Nombre favorito \_\_\_\_\_ Exterior o interés especial \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado de la escuela \_\_\_\_\_

Persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Trabajo # ( ) \_\_\_\_\_

Dirección y empleador partido responsable \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro Dental? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Con quien? \_\_\_\_\_

¿Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Casa # ( ) \_\_\_\_\_

Recomendados por \_\_\_\_\_ Médico del paciente \_\_\_\_\_

La siguiente información es importante para el paciente máxima seguridad, comodidad y óptima atención dental. Esta información tendrá lugar en la máxima confianza por esta oficina. Por favor, sí o no a lo siguiente:

1. Es el paciente bajo el cuidado de un médico?  Si  No
2. El paciente alguna vez ha tenido sangrado anormal después de una herida?  Si  No
3. Es alérgico el paciente a  penicilina  látex  azufre  Codeína  Novocaína  Otros: \_\_\_\_\_
4. Está el paciente tomando medicamentos ahora  Si  No Si es así por favor lista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Tiene el paciente alguna incapacidad limitante?  Si  No Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_
6. ¿El paciente ha tenido alguna de las siguientes?

- a) Fiebre reumática  Si  No
- b) Enfermedad cardíaca reumática  Si  No
- c) Cardiopatía congénita  Si  No
- d) Trastorno de la sangre  Si  No
- e) Epilepsia o convulsiones  Si  No
- f) Asma o fiebre del heno  Si  No
- g) Prolapso de la Válvula Mitral  Si  No

- h) Tuberculosis  Si  No
- i) Diabetes  Si  No
- j) Problemas de hígado o ictericia  Si  No
- k) Soplo cardíaco  Si  No
- l) Hepatitis  Si  No
- m) Eccema o urticaria  Si  No
- n) VIH (SIDA)  Si  No

7. ¿Tiene el paciente algún antecedente de dientes perdidos?  Si  No

8. Ha sido el paciente bajo el cuidado de un médico por cualquier enfermedad importante o lesiones que no sean los conocidos arriba  Si  No

Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

¿Lo que preocupa más acerca de su salud dental de niños? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene cualquier dolor en la boca? ¿Si sí, han tenido tratamiento?  Si  No

¿Si es así donde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿ Cuándo fue el ultimo examen dental de su hijo? \_\_\_\_\_

¿ Juego completo pasado de rayos x? \_\_\_\_\_

¿Quien podemos contactar para obtener copias de sus radiografías más reciente? \_\_\_\_\_

¿Cuándo su hijo tenía los dientes limpios profesionalmente \_\_\_\_\_

Alguna experiencia dental infeliz?  Si  No

Tienes boca hábitos: hábitos pulgar que chupar, morder, respiración de la boca, uñas botella de oficio de enfermera, chupete, etcetera:  Si  No

Cualquier hábito inusual discurso?  Si  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con la apariencia de los dientes de tu hijo?  Si  No

¿Si no, lo que no te gusta? \_\_\_\_\_

Usted tiene una consulta de ortodoncia sobre los dientes de tu hijo?  Si  No

¿Su hijo tiene cualquier otra condición dental que tenemos que ser conscientes?  Si  No

En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: \_\_\_\_\_

Ha tenido evaluado el sueño de su niño evaluado o tenido una prueba de sueño?  Si  No

Si sí, ¿cuánto tiempo hace?? \_\_\_\_\_

¿Has notado que su hijo ronca o eres consciente de ningún ronquido?  Si  No

¿Cómo enteraste de nuestra oficina?  Pariente o cónyuge  Drive por  Internet  Ubicación  
 Referencia – que podemos gracias por referencia te?? \_\_\_\_\_

¿Le gustarís que su hijo tenga el óxido nitroso (gas que ríe) durante el tratamiento? (hay un cargo adicional por este servicio).

Si  No

Si tuviera que elegir entre lo siguiente para la atención dental de su hijo, ¿cuál elegiría? (marque uno)

Apariencia  Función  Costo

¿Preferiría que el tratamiento de su hijo se complete en algunas citas largas?  Si  No

¿Estaría disponible con poca antelación para las citas de su hijo?  Si  No

Podemos llamar a su lugar de empleo para hacer o confirmar las citas de su hijo?  Si  No

¿Qué podemos hacer para que la consulta dental de su hijo sea lo más placentera posible? \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para cualquier procedimiento dental, medicamento o anestésico conveniente y necesario para ser administrado por elen mi ausencia por el dentista o por su personal supervisado para fines de diagnóstico de tratamiento dental para el niño mencionado.

Inicial

\_\_\_\_\_ Reconozco que me han entregado u ofrecido una copia de las oficinas "Aviso de prácticas de privacidad".

\_\_\_\_\_ Entiendo que el pago se debe realizar en el momento del servicio.

Pagaré hoy por:  Dinero efectivo  Comprobar  Tarjeta de crédito  Otros

Firma: \_\_\_\_\_

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