



**¡Bienvenidos a nuestra oficina dental!** Por Favor, llene este formulario lo mas preciso posible. Es importante para nosotros obtener esta informacion para proveer el mejor cuidado para su niño. Su privacidad es importante. Mantendremos su informacion confidencial.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente:  Masculino  
 Femenina

Sobrenombre: Fecha de nacimiento:

## HISTORIAL DENTAL

Dentista previo: Ciudad: # Telefono:

Fecha de ultimo examen: Ultima limpieza: Ultimas radiografias:

*El paciente:*

¿Tiene dolor en los dientes, boca o quijada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene problemas de habla?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Sufrió alguna herida en los dientes o quijada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Respira mayormente por la boca?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Toca algún instrument musical con los labios?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Algúno de los padres tuvo tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Chupa dedo o chupete?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene hábitos que pueden causar problemas de ortodoncia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Presenta algún tipo de hábito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ha visitado un ortodoncista?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Por favor, describa: Nombre del ortodoncista:

¿Que tipo de agua bebe el paciente?  De la ciudad  De pozo  De botella  Otro:

¿Ha tenido el paciente alguna complicación despues de tratamiento dental?  SI  NO Por favor, describa:

¿Necesita el paciente tomar un antibiotic antes de recibir cuidado dental?  SI  NO

## HISTORIA CLINICA

Nombre del medico: Ciudad: Fecha de ultimo examen fisico:

Tel. de oficina #: Farmacia: Tel. de farmacia #:

¿Como considera la salud general del paciente?  Excelente  Buena  Acept  
 Pobre ¿Esta al dia con sus vacunas?  SI  NO

*Por favor, marquee SI o NO para indicar si el paciente tiene, ha tenido, o ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones:*

AIDS / HIV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis tipo ___	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Propenso a infecciones del oido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cirugia de hernias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Propenso a Dolores de garganta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad en lis riñones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cuidadi siquiátrica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad en huesos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alergia al látex	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diabetes tipo ___	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sensibilidad al látex	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ataques(seizures)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mareos o Debilidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas del higado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de los senos para-nasales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad endocrinas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cirugia de amígdalas y/o adenoideas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sordera, audición	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedades nerviosas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ulceras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Propenso a catarros, gripe	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Visión disminuida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Otras condiciones de salud no mencionadas:

Medicamentos:

Alergias:

¿El paciente ha sido hospitalizado?  SI  NO Por favor, describa:

## SOLO PARA MUJERES

¿Esta utilizando algún control de natalidad prescito?  SI  NO Por favor, especifique:

¿Esta embarazada? SI NO Tiempo de embarazo:

¿Esta dando pecho? SI NO

**Con mi firma certifico que la información escrita en este formulario es precisa y cierta según mi entendimiento.**

Firma:

Fecha:

Nombre legible:

Relación con el paciente:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Razón de su visita hoy: Evaluación rutinario Evaluación de preocupación específica:

#### REFERIDO POR

Como se entero de esta oficina? Internet, pagina:

Doctor, nombre:

Paciente, nombre:

Seguro, nombre:

Otro:

#### PERSONAS RESPONSABLES

Paciente vive con: Padre Madre Tutor Legal

¿Para tutor legal, puede usted proveer documentación legal? SI NO

Padre:

Madre:

Dirección:

Dirección:

Ciudad Estado Código:

Ciudad Estado Código:

Tel. casa : ( )

Tel. casa #: ( )

Tel. del trabajo ( )

Tel. del trabajo ( )

Tel. celular: ( )

Tel celular: ( )

Correo electronico:

Correo electronico:

Además de las personas ya mencionadas, ¿hay algún otro individuo autorizado para tomar decisiones de tratamiento o financieras para este paciente? SI NO

Nombre:

Relación con el paciente:

Nombre:

Relación con el paciente:

#### INFORMACION DEL SEGURO

Compañía del seguro:

Tel.: ( )

Dirección:

Nombre del Asegurado:

Relación al paciente:

Numero de poliza

Numero de seguro social:

Fecha de nacimiento:

Empleador / Nombre del grupo:

Numero del grupo:

#### CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre:

Tel: ( )

Relación al paciente:

Nombre:

Tel: ( )

Relación al paciente:

#### AUTORIZACION PARA DIVULGAR LA FOTOGRAFIA DEL PACIENTE

Si el paciente no presenta caries en sus controles de rutina, ¿podríamos exhibir su foto en la cartelera del No Cavity Club?

SI  NO

### ACUSO DEL RECIBO

Con mi firma certifico que la información suministrada anteriormente es precisa y cierta según mi entendimiento. En el evento de que haya

Algún problema en la custodia del paciente, yo entiendo que a Capital City Dentistry for Kids se les debe proveer con los documentos de

Custodia sancionados por la corte los cuales claramente describen los arreglos en la custodia y designan a un individuo para autorizar el

Tratamiento del menor y se responsabilice de la parte financiera por cargos de tratamiento. Capital City Dentistry for Kids se reserva el derecho de proporcionar o realizar tratamiento. Yo certifico que he recibido, leído y entendido las políticas financieras y de la practica.

Firma:

Fecha:

Nombre legible:

Relación con el paciente: