



Bienvenido a Pediatric Dental Care of RI

Registro de pacientes e historial de salud

Nombre del paciente: _____ Apodo _____
Cumpleaños: _____ Años: _____ Peso: _____ Sexo: _____ Colegio: _____
Direccion de casa: _____ Grado _____
¿Como supiste de nosotros?? _____

Información familiar

Nombre de la persona que completa este formulario: _____
¿Eres padre o tutor legal? Si/No Por favor circule uno: Padre / Tutor / Foster
Estado civil del adulto: Soltero / Casado / Separado / Divorciado / Ventana / Otro
¿Con quién vive este niño? Padre / Miembro de la familia / Foster / Otro
Nombres / edades de otros hermanos que tratamos: _____

Información de la madre / cuidador

Nombre: _____
Relación: _____
DOB: _____ SS#: _____
Teléfono #: _____
Nombre del empleador / Dirección / Teléfono: _____

Email: _____

Información del padre / cuidador

Nombre: _____
Relación: _____
DOB: _____ SS#: _____
Teléfono #: _____
Nombre del empleador / Dirección / Teléfono: _____

Email: _____

Primary Dental Insurance

Nombre: _____
Address: _____
Group/Policy#: _____
Teléfono # _____
Groupo/póliza: _____
DOB/SS#: _____

Secondary Dental Insurance

Nombre: _____
Address: _____
Group/Policy#: _____
Teléfono #: _____
Groupo/ póliza: _____
DOB/SS#: _____

Persona responsable de la cuenta

Nombre: _____ Relacion hacía el niño: _____
Teléfono # _____ Direccion de casa: _____

Se espera que los padres / tutores presentes paguen los honorarios por los servicios profesionales al momento del tratamiento. Podemos presentar reclamos de seguro por usted y aceptar la asignación del paciente a nuestra oficina. Seguimos los riles de privacidad de HIPAA para mantener su información confidencial.

* He leído y entiendo este formulario completamente y por este medio asigno / autorizo pagos y la divulgación de cualquier información médica necesaria para asegurar al paciente a esta oficina para los servicios prestados en mi nombre.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Historia de salud

* Es importante que esto se complete con la mayor precisión posible. Muchas afecciones / medicamentos que afectan la administración oral de su hijo*

Nombre del paciente: _____

Historia Dental

¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista? Si/No _____ Nombre del dentista anterior: _____

¿Qué te trae al dentista hoy? _____

¿Alguna historia de trauma en la cara o los dientes? Si/ No _____

¿Cómo describiría el comportamiento y los sentimientos de su hijo en el dentista?

Bueno / Justo / Malo / Emocionado / Curioso / Ansioso / Temeroso / Indiferente / Inseguro / Desconocido

¿Algo que mejorará la visita de su hijo? Si/No _____

¿El agua de su hijo está fluorada? Si / No / Desconocido Fuente de agua: agua de la ciudad / agua de pozo

¿Usa su hijo pasta dental fluorada? Si/ No _____

Por favor marque y circule todas las subcategorías que apliquen:

* Estos pueden aplicarse al pasado o al presente *

<input type="checkbox"/>	Apretar / rechinar los dientes	<input type="checkbox"/>	Ronquidos	<input type="checkbox"/>	Herpes labial o aftas
<input type="checkbox"/>	TMJ/Dolor de mandíbula o clics	<input type="checkbox"/>	Siempre sediento	<input type="checkbox"/>	Respiración por la boca
<input type="checkbox"/>	Hábito del pulgar / chupete / dedo	<input type="checkbox"/>	Mordiéndose las uñas	<input type="checkbox"/>	No cepillarse bien el hilo dental
<input type="checkbox"/>	Duerme con una botella	<input type="checkbox"/>	Empuje de la lengua	<input type="checkbox"/>	Morderse / Chuparse los Labios
<input type="checkbox"/>	Muchas caries	<input type="checkbox"/>	Meriendas frecuentes	<input type="checkbox"/>	Herpes labial o aftas

Other: _____

Historial medico

Nombre / práctica del médico del niño: _____

Teléfono #: _____ Última visita: _____ ¿Al día con las vacunas? Si/ No _____

¿Tiene su hijo **ALGUNA ALERGI**A, incluyendo estacionales / medicamentos / colorantes / alimentos u otros? Si/ No

En caso afirmativo, enumere: _____

Enumere **TODAS LAS MEDICAMENTOS** que su hijo está tomando actualmente: _____

¿Ha tenido su hijo alguna reacción inesperada a la amoxicilina, penicilina, anestésicos adormecedores, anestesia general?

Si/No. _____

¿Su hijo tiene / ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque / marque todos los que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Sangrado anormal / anemia	<input type="checkbox"/>	Celiac/problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	Migrañas / Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/>	ADD/ ADHD/ OCD	<input type="checkbox"/>	Cancer/Chemo/Radiation Therapy	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de salud mental
<input type="checkbox"/>	Ansiedad / Depresión	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Pregnancy
<input type="checkbox"/>	Huesos Articulaciones / Válvulas	<input type="checkbox"/>	Epilepsia / Desmayo / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	Asma / tos persistente	<input type="checkbox"/>	Eating Disorder (Anorexia/ Bulimia)	<input type="checkbox"/>	Derivación
<input type="checkbox"/>	Autismo/ SPD/ ODD	<input type="checkbox"/>	Eczema/ Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	Necesidades especiales
<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Ehlers Danlos	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>	Enfermedades o trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	PREMEDICACIÓN ANTIBIÓTICA
<input type="checkbox"/>	Varicela / Sarampión / Paperas	<input type="checkbox"/>	Personas con discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>	SIN CONDICIONES CONOCIDAS
<input type="checkbox"/>	Defecto cardíaco / soplo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal / hepática	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Labio Leporino	<input type="checkbox"/>	Intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/>	

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta, que yo sepa, que se mantendrá en estricta confidencialidad, y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo. Autorizo al personal dental a realizar todos los servicios dentales necesarios para mi hijo. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario.

Firma del padre / tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del dentista: _____ Fecha: _____