



NUEVO FORMULARIO DE PACIENTE

956.720.4345 | GIGGLESVILLE.DENTISTRY.COM

Información de su niño (a)

Nombre del niño (a) _____
¿Cómo prefiere que su hijo sea llamado? _____
Edad _____ Genero _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Numero de teléfono (casa) _____ Numero de teléfono (móvil) _____
Grado de estudio _____ Pasatiempos de niño(a) _____
Nombre de hermanos _____
¿Quien lo(a) refirió a nuestro consultorio? _____ Redes Sociales : Facebook Google Revistas

Historia Médica

- ¿Esta su niño(a) siendo atendido(a) actualmente por el médico familiar debido a alguna razón medica? Sí No
Si la respuesta es sí, favor de explicar _____
Nombre del médico familiar _____ Dirección _____ Numero de teléfono _____
- ¿Se encuentra su niño(a) en buena salud? Sí No
Sí no, explica _____
 - ¿Está su niño(a) siendo atendido por un médico especialista, aparte del médico familiar? Sí No
De ser así, favor de explicar _____
 - ¿Tiene su niño(a) alergia a algún medicamento? Sí No
Favor de mencionar los medicamentos _____
 - ¿Esta su niño(a) tomando algún medicamento en este momento? Sí No
de ser así, cuales? _____
 - ¿Ha estado su niño(a) hospitalizado o ha recibido atención en una sala de emergencia Sí No
por algún trauma/golpe? ¿cuándo y porque razón? _____
 - ¿Ha tenido o tiene su niño(a) algún desorden mental, emocional, o nervioso? De ser así, favor de Sí No
explicar _____
 - ¿Le han removido las amígdalas a su niño(a)? Sí No
 - ¿Respira su niño(a) por la boca? De ser así, lo hace, Rara vez Continuamente Sí No

Por favor indicar si su niño(a) ha tenido alguno(a) de los siguientes:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Alergia a otro medicamento | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH Positivo (SIDA) |
| <input type="checkbox"/> Ataques de epilepsia | <input type="checkbox"/> Impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Paladar hendido |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de habla |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad endocrina | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los huesos | <input type="checkbox"/> Tumores/leucemia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o soplo en el corazón. Mencionar el tipo de enfermedad _____ | |

¿Esta el niño(a) siendo atendido por un cardiólogo o un especialista en el problema cardíaco? De ser así, favor mencionar el nombre _____

Numero de teléfono _____

Favor describir otros problemas que su niño(a) tenga y no se hayan mencionado anteriormente _____

***PARA USO DE LA OFICINA:**

Weight: _____ BP: _____ / _____ Pulse: _____ Mission: _____

Next Visit _____ Time of exit _____ Dr. Reviewing Med HX _____

Historia Dental

Sí No ¿Es esta la primera vez que su hijo visita al dentista? ¿Si no es así, cuando fue la ultima visita y que se le hizo al niño(a)? _____

Sí No ¿Espera que su niño(a) sea un paciente cooperador? Si no, por favor explicar _____

Sí No ¿Consumen en casa agua extraída de un pozo?

Sí No ¿Consumen su niño(a) tabletas de flúor o vitaminas con flúor?

Sí No ¿Se ha golpeado su niño(a) algún diente? ¿De ser así, cuando? _____

Sí No ¿Tiene su niño(a) historia de dolores de cabeza, dolor, ruidos en la articulación de la mandíbula?

Sí No ¿Duerme niño(a) en la noche con biberón?

Sí No ¿Tiene su niño(a) dolor en algún diente/muela?

¿Ha tenido o tiene su niño(a) alguno de los siguientes problemas?

Se chupa el dedo ¿Hace cuánto? _____ Todavía lo hace Sí No

Se chupa el labio ¿Hace cuánto? _____ Todavía lo hace Sí No

Usa chupon ¿Hace cuánto? _____ Todavía lo hace Sí No

¿Con que frecuencia su niño(a) se lava los dientes? _____

¿Alguién supervisa el lavado de dientes del niño(a)? Sí No ¿Quién? _____

¿Usa su niño Hilo dental? _____

¿recibe su niño(a) alguno de los siguientes: Fluor en tabletas/gotas Fluor en vitaminas Agua de pozo Agua con fluor Agua en botella

Persona Responsable

Nombre completo del Padre/Tutor _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de teléfono _____ Numero de teléfono celular _____

Numero de teléfono del trabajo _____

Ocupación _____ Correo electronico _____

Tiene seguro dental: Sí No

Nombre de la compañía de seguro _____ Numero de plan o grupo _____

Numero de teléfono del seguro _____

Nombre completo del madre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de teléfono _____ Numero de teléfono celular _____

Numero de teléfono del trabajo _____ Ocupación _____

Correo electrónico _____

Tiene seguro dental: Sí No Nombre de la compañía de seguro _____

*PARA USO DE LA OFICINA

Patient Name _____

DOB _____

Clinical Findings

Radiographic Findings: _____

Tactile decay with explorer: _____

Other findings: _____

Diagnosis: Early Childhood Caries Severe Early Childhood Caries

Dental Caries No Dental Caries

Incipient Decay