



**Bienvenidos!** Nos complace darle la bienvenida a usted y a su hijo(a) a nuestra oficina dental. Por favor ayúdenos a conocernos mejor tomando unos minutos para llenar este formulario lo más completamente posible.

A quien le podremos dar las gracias por referir a su familia? \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Información de paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ M\_\_H\_\_ Apodo? \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de quien acompaña al paciente? \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Qué escuela atiende su hijo(a): \_\_\_\_\_ Hermanos (Nombre, edad): \_\_\_\_\_

Aficiones/Ocupaciones: \_\_\_\_\_

Conoce algún paciente que viene a nuestra oficina? Por favor de listar nombres: \_\_\_\_\_

El paciente está cubierto por alguna seguridad dental? Si No Por favor liste: \_\_\_\_\_

La razón por la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Esta su hijo en dolor o en necesidad de cualquier trabajo dental? \_\_\_\_\_

**Historial médico:**

Pediatra: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Esta su hijo en buena salud?  Si  No Esta actualizadas las vacunas de su hijo?  Si  No

Esta su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico para cualquier problema medico diagnosticado?

Si  No

Esta su hijo actualmente tomado algún medicamento?  Si  No

Por favor liste: \_\_\_\_\_

Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía?  Si  No

Por explique: \_\_\_\_\_

Alguna vez su hijo ha tenido una reacción desfavorable a cualquiera de los siguientes?

Antibióticos?  Si  No Anestesia local?  Si  No Látex?  Si  No Otros alimentos, medicamentos,

alergia a los metales?  Si  No

Si "Si", para qué y cómo? \_\_\_\_\_

Su hijo nació a término?  Si  No Si no, que temprano nació su hijo? \_\_\_\_\_ Semanas

Durante su embarazo, estuvo enfermo, hospitalizado, tomo medicamentos, o cualquier otro problema?

Si  No

Por favor explique? \_\_\_\_\_

**Por favor circule si su hijo tiene historia de cualquiera de los siguientes:**

Anemia	Diabetes	Parálisis cerebral
Reflujo acido	Problemas renales y hepáticos	Síndrome de Down
Problemas de corazón	Convulsiones	Trastornos gastrointestinales
Labio leporino	Alergias estacionales	Limitaciones de vista/audición
Soplo cardiaco	Daño cerebral	Problemas mentales/ emocionales
Trastornos de la sangre	Autismo/ ASD/ Asperger	Asma/ Problemas respiratorios
Tuberculosis	Discapacidad de aprendizaje	Cáncer o tumores
Anormalidad cromosómica	Comportamiento agresivo	Tuberculosis
Diagnóstico del "síndrome"	Hepatitis/ Enfermedad hepática	Infecciones crónicas del oído
		Otra condición: _____

Hay algo más relacionado con la salud física, mental o emocional de su hijo que usted cree que debemos saber?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historia Dental

Esta es la primer visita a un dentista?  **Si**  **No** Si no, cuando fue el último examen? \_\_\_\_\_

Nombre del dentista anterior? \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Razón por dejar el dentista anterior? \_\_\_\_\_

Alguna vez su hijo ha tenido una experiencia desfavorable en una oficina dental?  **Si**  **No**

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Fue su niño alimentado con biberón?  **Si**  **No** Hasta que edad: \_\_\_\_\_

Su hijo fue amamantado?  **Si**  **No** Hasta que edad: \_\_\_\_\_

Su hijo bebe leche o jugo a la cama?  **Si**  **No** Hasta que edad: \_\_\_\_\_

Su hijo usa o uso una taza sippy?  **Si**  **No** Bebe agua del grifo?  **Si**  **No** Agua embotellada/filtrada?  **Si**  **No**

Su niño usa crema dental con fluoruro?  **Si**  **No** Su hijo está tomando algún suplemento de fluoruro?  **Si**  **No**

El niño toma vitaminas diarias?  **Si**  **No** Si, "si" circule uno: Vitaminas en liquido Vitaminas masticables Vitaminas gomosas

Su niño cepilla diariamente?  **Si**  **No** Hilo dental diariamente?  **Si**  **No** Su niño cepilla/hilo dental solo?  **Si**  **No**

Tiene dificultad para cepillar o usar hilo dental en los diente de su hijo?  **Si**  **No**

Tiene usted o el padre, el cuidador o los hermanos de su hijo(a) historial de tratamiento/problemas dentales?  **Si**  **No**

Si "si", circule: Decaimiento activo Historia de rellenos/ coronas Dientes extraídos o faltantes

**\*\*\*Por favor circule si su niño come o bebe las siguientes comidas diarias y/o entre comidas:**

Jugo: _____ onz./tazas diarias	Dulce de gomas
Leche de choco: _____ onz./tazas diarias	Chips / Galletas
Bebidas deportivas: _____ onz./tazas diarias	Dulces / Granola
Soda: _____ onz./tazas diarias	

**\*\*\*Por favor circule si su hijo tiene o tuvo historia de:**

Dolor de muelas	Trauma a los dientes/ cara	Labio/ Mordedura de las mejillas
Dolor de mandíbula	Sensibilidad al calor/ frio	Habito de chupete actual
Sangrado de las encías	Mal aliento	Habito de los dedos
Respiración bucal	Apretar/ moler	Empuje de la lengua
Sensibilidad a los dulces	Ortodoncia	Comportamiento auto infligido

### Información del padre/tutor:

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_ **M**\_\_ **H**\_\_

Estado: (circule) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Dirección (si diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Tel de trabajo: \_\_\_\_\_

# de seguridad social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_ **M**\_\_ **H**\_\_

Estado: (circule) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Dirección (si diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Tel de trabajo: \_\_\_\_\_  
# de seguridad social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Con quien vive el paciente? \_\_\_\_\_ Persona financieramente responsable: \_\_\_\_\_  
Tutor legal (si no el padre): \_\_\_\_\_ Relación del paciente: \_\_\_\_\_

**He revisado lo anterior para ser correcta a lo mejor de mi conocimiento.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del Dr. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Gracias por su tiempo!** Sus respuestas nos ayudaran a proveer mejor a su hijo!