

# HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO/A

Nombre completo del niño /a: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Cantidad de niños en la familia \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Es esta la primera visita de su hijo/a a un dentista? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si no lo es, nombre del dentista anterior \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a miedo al dentista o experiencias desagradables? Si \_\_\_ No \_\_\_

## Ha tenido su hijo/a cualquiera de los siguientes:

\_\_\_ Dolor de dientes                      \_\_\_ Trauma Dental                      \_\_\_ Tratamiento dental con Sedación Oral

\_\_\_ Hinchazón en la Cara                      \_\_\_ "Fuego" Infección en los labios                      \_\_\_ Tratamiento dental con Anestesia General

## Su Hijo/a tiene algún hábito:

\_\_\_ chupa el dedo                      \_\_\_ usa chupón                      \_\_\_ toma biberón                      \_\_\_ morderse las uñas

\_\_\_ ronca                      \_\_\_ chupa el labio                      \_\_\_ respira por la boca durante la noche                      \_\_\_ Otro

Cuántas veces se cepilla los dientes su Hijo/a \_\_\_ 1/día \_\_\_ 2/día \_\_\_ Más seguido.. Con asistencia de adulto \_\_\_ Si \_\_\_ No

Cuántas veces usa el hilo dental \_\_\_ Nunca \_\_\_ 1/día \_\_\_ Más seguido.. Con asistencia de adulto \_\_\_ Si \_\_\_ No

Usa su Hijo alguno de los siguientes \_\_\_ Pasta dental con fluoruro \_\_\_ Gotas/Pastillas de fluoruro \_\_\_ Enjuague de fluoruro

Toma su hijo/a agua de la llave? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Fuente de Agua \_\_\_ Agua de Ciudad \_\_\_ Agua de Noria \_\_\_ Otro

## Historia Médica

Nombre del Doctor del niño/a \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Su Hijo/a usa medicamentos? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, Nombres \_\_\_\_\_

Sufre de alergias su hijo/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, Nombres \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado su hijo/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugías su hijo/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, Nombres \_\_\_\_\_

## Tiene su hijo/a historia de :

\_\_\_ Problemas de Sangrado                      \_\_\_ Quimio o Radioterapia                      \_\_\_ Enfermedad del Riñón                      \_\_\_ Asma

\_\_\_ Desorden de Aprendizaje (ADD o ADHD)                      \_\_\_ Diabetes                      \_\_\_ Enfermedad del Corazón                      \_\_\_ SIDA/VIH

\_\_\_ Dificultades del oído                      \_\_\_ Retraso en el Desarrollo                      \_\_\_ Síndrome de Down                      \_\_\_ Autismo

\_\_\_ Problemas Emocionales/Mentales                      \_\_\_ Dificultad de Habla                      \_\_\_ Desórdenes Epilépticos                      \_\_\_ Hepatitis

\_\_\_ Enfermedad del Hígado                      \_\_\_ Condiciones Cerebrales                      \_\_\_ Ronca al dormir                      \_\_\_ Otro

Si otro, por favor, Explique: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información del Familia

**Figura Materna:**     Madre Biológica     Madre Adoptiva     Tutora Legal     Madre Temporal

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Seg. Soc. # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA    Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Idioma Preferida: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Figura Paterna:**     Padre Biológico     Padre Adoptivo     Tutor Legal     Padre Temporal

NOMBRE \_\_\_\_\_ Seg. Soc. # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA    Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Idioma Preferida: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Figura Paternal Adicional (so aplica):**     Madrastra     Padrastro     Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ Seg. Soc. # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA    Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Idioma Preferida: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, aparte de los mencionados arriba, a quien se puede contactar?**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Como una cortesía a usted, estaremos encantados de cobrar a su seguro dental siempre y cuando haya completado este formulario

**Por favor marque todas las que apliquen:**

<input type="checkbox"/> Cupón Medico # _____	<input type="checkbox"/> No Hay Seguro: Pago en Efectivo
<input type="checkbox"/> Seguro Dental Primario Suscriptor: _____ Compañía de Seguro: _____ # de Grupo: _____ Seg. Soc #: _____	<input type="checkbox"/> Seguro Dental Secundario Suscriptor: _____ Compañía de Seguro: _____ # de Grupo: _____ Seg. Soc #: _____

**La Dra. Ashley tiene reglas EXTREMADAMENTE estrictas si falta a su cita:**

Nos esforzamos por mantener nuestro horario a tiempo. Como una cortesía a nuestros pacientes, con mucho gusto les haremos otra cita si nos avisa 24 horas antes. Sin embargo, si no se presenta o da menos de 24 horas de aviso para cancelar su cita, un cargo de \$50.00 se le cargara a su cuenta por falta o cancelación tarde. Varias faltas o cancelaciones tardes, resultara en el DESPIDO PERMANENTE de la FAMILIA ENTERA.  
 No hay excepciones.

He leído la poliza de esta oficina y estoy de acuerdo. Entiendo que la información que les he dado hoy es correcta. Notificare a la oficina de cualquier cambio relacionado a mi hijo/hija, incluyendo pero no limitado a: cambio de domicilio, números de contacto o información sobre mi seguro. Autorizo a la Dra. Ashley o personal dental para realizar los servicios necesarios que mi hijo/hija pueda necesitar. Esto incluye exámenes, radiografías, limpiezas, aplicación de fluoruro, restauraciones dentales o cirugía oral. Entiendo que soy responsable financieramente por los servicios no cubiertos, así como cualquier saldo restante después de que mi compañía de seguro ha pagado.

Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_