

# Bienvenido a nuestra oficina

## Por Favor Llene Este Formulario

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_ Niña \_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PADRE/REPRESENTANTE LEGAL

#### MADRE/REPRESENTANTE LEGAL

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Direccion (si es diferente del niño(a)): \_\_\_\_\_  
Telefono de la casa \_\_\_\_\_ Telefono celular \_\_\_\_\_ Mejor Numero Para Llamarle: \_\_\_\_\_  
Direccion electronica \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.com  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_  
Ocupacion \_\_\_\_\_

#### PADRE/REPRESENTANTE LEGAL

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Direccion (si es diferente del niño(a)) \_\_\_\_\_  
Telefono de la casa \_\_\_\_\_ Telefono celular \_\_\_\_\_ Mejor Numero Para Llamarle \_\_\_\_\_  
Direccion electronico \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.com  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_  
Ocupacion \_\_\_\_\_

Con quien vive el niño/la niña? Madre Padre Los dos padres juntos

Si no vive con los padres, favor explique: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SU COMPAÑIA DE SEGURO

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Direccion (si es diferente del niño(a)) \_\_\_\_\_  
Compañia de Seguro \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_  
Cual es la relacion del asegurado con el niño? Mismo Madre Padre Otro

**PEDIATRIC DENTISTRY**

**COMO DESCUBRIO NUESTRA OFICINA?**

Correo \_\_\_\_\_ Internet \_\_\_\_\_ Otro paciente \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Es esta la primera cita del niño/la niña con la dentista? Si No

Si no, cuando y donde fue la ultima cita? \_\_\_\_\_

Por que esta aqui hoy? \_\_\_\_\_

Ha tenido el niño/la niña experiencias malas con una dentista? Si No

El niño/la niña tiene o ha tenido alguno de los siguientes habitos orales?:

Chuparse los labios

Morderse los labios/las uñas

Chuparse los dedos

Rechinar/apretar dientes

Respirar por la boca

Chuparse un chupete

Explique por favor \_\_\_\_\_

El niño/la niña toma agua con fluoruro?

Si No

Toma el niño/la niña el fluoruro recetado?

Si No

Quien cepilla los dientes del niño/la niña?

El niño/la niña solo

Padre

Niño con padre

Cuantas veces se cepilla los dientes?

nunca

una vez al dia

dos veces al dia

Cuantas veces usan hilo dental?

nunca

una vez al dia

dos veces al dia

**INFORMACION MEDICA:**

Nombre de su Pediatra \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima cita y por que? \_\_\_\_\_

Esta el niño/la niña recibiendo tratamiento de un medico? \_\_\_\_\_

Tiene el niño/la niña todas las vacunas? Si No

Toma el niño/la niña medicamentos no recetados o de una tienda? Si No

Por favor indique los medicamentos y cantidades \_\_\_\_\_

Ha recibido el niño/la niña tratamiento en el cuarto de emergencias, o ha tenido cirugia, o ha estado en el hospital? Si No

Explique por favor \_\_\_\_\_

Ha tenido el niño/la niña alguna de estas condiciones? Por favor marque todas las que corresponden:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD                         | <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones  |
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV                     | <input type="checkbox"/> Varicela               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hgado       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                       | <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones |
| <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Desarrollo Atrasado    | <input type="checkbox"/> Paperas/Sarampion          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Vias Urinarias | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Embarazo                   |
| <input type="checkbox"/> Transfusion de sangre        | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado        | <input type="checkbox"/> Problemas de los oidos | <input type="checkbox"/> Sickle Cell (Anemia/Trait) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento  | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                       | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               |

Indique si el niño o la niña tiene ALERGIA a medicina o farmaco \_\_\_\_\_

Hay alguna otra informacion del niño o la niña que debamos saber o conocer \_\_\_\_\_

Entiendo que la informacion que estoy proporcionando esta correcta, y que sera guardada confidencialmente, y que es mi responsabilidad informar Primarily Kids Pediatric Dentistry de cualquier cambio que se presente. Yo autorizo al dentista y a sus asistentes proveer los servicios dentales necesarios.

Nombre completo del padre/representante/guardian \_\_\_\_\_ Firma del padre/representante/guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

**PARA USO DE OFICINA**

He revisado verbalmente la historia fisica y medica del paciente con el padre/representante legal/paciente Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento Dental Informado

### Primarily Kids Pediatric Dentistry

Primarily Kids Pediatric Dentistry esta dedicada a la prevencion dental y crear una oficina comoda y segura para todos los infantes, ninos, y jovenes.

La ley requiere obtener su consentimiento verbal y escrito antes de hacer un tratamiento dental para su hijo/hija. Nosotros le Informaremos antes de cualquier procedimiento. Especificamente, queremos su permiso para lo siguiente: examinacion clinica, radiografias, limpieza dental, y aplicacion de fluoruro.

Si su hijo/hija necesita tratamiento adicional, la ley nos requiere obtener su consentimiento para los procedimientos que incluyen, pero no estan limitados a: anestesia local, sedacion con gas nitroso, rellenos/empastes dentales, y extracciones. Al suministrar cuidado dental, es posible que tengamos que dirigir el comportamiento de su hijo/hija. Una "almohada" para los dientes, el metodo de diga-muestre-haga, modelaje, y/o control de voz. **Por favor note que siempre le informaremos de todas las opciones de tratamiento incluyendo nuestra recomendacion antes de empezar con el tratamiento adicional.**

Es muy importante que llegen a tiempo para la cita, preferible de 10-15 minutos antes. Si ustedes no pueden venir o quieren arreglar otra cita, nos dejan saber lo mas pronto posible.

Por favor preguntarnos por este formulario, o filosofia de la oficina, o del tratamiento.

Gracias por leer y firmar este documento importante.

*La firma del padre or guardian legal abajo autoriza todos los metodos y procedimientos dentales necesarios. Este consentimiento tiene efecto hasta que qualqier cancelalo.*

---

Nombre de Paciente	Edad	Nombre	Relacion a paciente
--------------------	------	--------	---------------------

---

Firma de testigo	Fecha	Firma de padre/guardian	Fecha
------------------	-------	-------------------------	-------