Pediatric Dentistry, P.C.
Developing Healthy Smiles

Brent D. Johnson, DDS, MS

3901 Pine Lake Road, Suite 250 Lincoln, NE 68516 phone (402) 423-3322 fax (402) 423-3329 www.pediatricdentistrypc.net

Información Médica

1. Información del Paciente

Nombre_____

¿Como llaman al niño?_____Género Varón / Hembra

Fecha de Nacimiento_____ Edad_____

Número de Seguro Social_____

Dirección_____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____) _____

2. Información de la Madre

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social_____

Dirección_____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____) _____

Número de Teléfono Celular (_____) _____

Número de Teléfono del trabajo (_____) _____

Empleado_____

3. Información del Padre

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social_____

Dirección_____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____)_____

Número de Teléfono Celular (_____)_____

Número de Teléfono del trabajo (_____)_____

Empleado_____

4. Correo Electrónico: _____

5. Contacto De Emergencia (alguien aparte de los padres)

Nombre _____

Relación_____Número de Teléfono _____

6. Información de Referencia

A quien podemos agradecer su recomendaciónón a nuestra oficina?

_____

Relación a la persona que la recomendó _____

7. Persona Responsable de la Cuenta

Nombre _____

Dirección_____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono (_____)_____

Número de Teléfono Celular (_____)_____

Número de Teléfono del trabajo (_____)_____

8. Seguro Dental Primario

Nombre de la compañía de seguro dental_____

Dirección _____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono de Seguro (_____)_____

Grupo/Plan/Póliza#_____

Nombre del asegurado_____

Número de seguro social. #_____

Fecha de nacimiento _____

Empleador del asegurado _____

9. Seguro Dental Secundario

Nombre de la compañía de seguro dental

_____

Dirección _____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono de Seguro (_____)_____

Grupo/Plan/Póliza#_____

Nombre del asegurado _____

Número de seguro social#_____

Fecha de nacimiento _____

Empleador del asegurado_____

OfcOnly: Px Pro Fl 2BW 2Occ 2Pa Pan Seal Tx <3eval Lx q3m q6m Hyg Ortho Rtn2Ref

10. Información Dental

Es la primera visita al Dentista? SÍ NO

¿Cuál fue el nombre del dentista previo?_____

Fecha de la última cita_____

Fecha de las radiografías más recientes_____

¿Cuál es la razón principal de su visita de hoy?

_____

¿Cómo cree que su niño va a reaccionar a la visita de hoy?

_____

Cada pregunta debe tener respuesta:

SÍ NO ¿Nacimiento Prematuro?
SÍ NO ¿Enfermedades frecuentes de la infancia?
SÍ NO ¿Heridas con los dientes, cara, o cabeza?
SÍ NO ¿Hábitos bucales (se chupa el dedo, se muerde las uñas)
SÍ NO ¿Toma agua de la llave?
SÍ NO ¿Toma suplementos de fluoruro?
SÍ NO ¿Estillado, sonidos o dolor en la articulación de la mandíbula?
SÍ NO ¿Dificultad con tratamiento dental antes?
SÍ NO ¿Se cepilla los dientes diariamente?
SÍ NO ¿Fluoruro en la pasta dental?
SÍ NO ¿Usa el hilo dental diariamente?
SÍ NO ¿más de un bocadillo azucarado o bebida azucarada diariamente?
SÍ NO ¿Comiendo durante la noche?
SÍ NO ¿Pariente con picadas/empastes?
SÍ NO ¿Alguien que fume en la casa del paciente?

_____

_____

_____

13. Información de su Medico

Medico del paciente_____

Número de Teléfono (_____)_____

Fecha del último examen físico_____

12. Historia Médica

Cada pregunta debe tener respuesta. Alguna vez a tenido:

SÍ NO ¿Hospitalización o cirugía?
SÍ NO ¿Anestesia General o Sedación?
SÍ NO ¿Esta tomando medicina?
SÍ NO ¿Alergia o sensibilidad con medicamento?
SÍ NO ¿Alergia o sensibilidad a ciertas comidas?
SÍ NO ¿Inmunizaciones hasta la fecha?
SÍ NO ¿Anomalías congénitas de nacimiento?
SÍ NO ¿Enfermedades infecciosas (sarampión, vísela, VIH)?

¿El paciente tiene algunas condiciones médicas con los siguientes sistemas? Por favor explique abajo.

SÍ NO ¿Corazón? (murmullo, cirugía, malformaciones, alta o baja presión)
SÍ NO ¿Pulmones? (asma, tuberculosis, reactiva las vías respiratorias, fibrosis quística, RSV)
SÍ NO ¿Gastrointestinal? (GERD/reflujo, hepatitis, iceria, ulceras, intolerancia a la lactosa, restricciones dietéticas)
SÍ NO ¿Genitourinario? (infección de la vejiga, infección renal, método anticonceptivo, embarazo)
SÍ NO ¿Musculo-esquelético? (problemas de los huesos/articulaciones, artritis)
SÍ NO ¿Piel? (ampolla en los labios, eccema, erupciones, ronchas)
SÍ NO ¿Neurológico? (autismo, retraso en el desarrollo, crisis convulsivas, epilepsia, lesión cerebral, parálisis cerebral)
SÍ NO ¿Psiquiátrico? (abusos, ADHD, dependencia química, perturbación emocional)
SÍ NO ¿Endocrino? (diabetes, problemas de tiroides, problemas hormonales, retraso de crecimiento)
SÍ NO ¿Hematológico/Linfático/Inmunidad? (anemia, hemofilia, sickle cell, cáncer, desordenes inmunológicos, tratamiento de quimioterapia o radiaciones)

_____

_____

_____

_____

Confirmacion Preferido : Texto_____ Llamada Casa_____

Celular_____

14. Verificación de Información

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la informacion proporcionada son verdaderas y correctas. Si hay cambios en la salud de mi niño/a, le informare, sin falta a la oficina Pediatric Dentistry, P.C. antes de la próxima cita.

_____ _____ _____

Firma Fecha Parentesco con el paciente