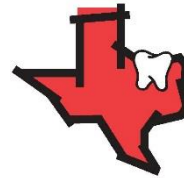


Chart # _____

Health Alerts Yes No



PEDIATRIC DENTISTRY
of North Texas

FORMULARIO DE SALUD E HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre del niño: _____ Apodo/Alias: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono: _____ #SS: _____ - _____ - _____ Edad: _____ Sexo: Masculino ____; Femenino ____

Madre/Guardián Legal: _____ Parentesco: _____

Empleado con: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Móvil: _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #SS: _____ - _____ - _____

Padre/Guardián Legal: _____ Parentesco: _____

Empleado con: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Móvil: _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #SS: _____ - _____ - _____

Persona responsable financieramente: _____

¿Hemos visto otros niños en su familia? _____

¿Quién le dio referencia de esta oficina? _____

HISTORIAL MEDICO

Pediatra o Médico del Niño: _____ Teléfono: _____

Sí No ¿Su niño disfruta de buena salud? Fecha de su último examen médico _____

Sí No ¿Ha experimentado problemas con su salud? _____

Sí No ¿Tiene alergias? En caso que sí ¿de qué? _____

Sí No ¿Están al día sus inmunizaciones? Si no, favor de explicar: _____

Sí No ¿Ha sido su hijo hospitalizado o ha tenido intervenciones quirúrgicas? Favor de explicar: _____

Sí No ¿Actualmente está tomando medicamentos? Favor de indicar el medicamento, dosis y por qué: _____

Favor marque si su hijo ha recibido tratamiento para cualquier de los siguientes:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso | <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Deficiencia en atención | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma/respiración |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discrasia sanguínea | <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Labio leporino/paladar |
| <input type="checkbox"/> Defecto congénito | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Endocrino/crecimiento | <input type="checkbox"/> Alcance de vista | <input type="checkbox"/> Alergias a comida |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Murmullo cardiaco | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Hígado/Intestinos | <input type="checkbox"/> Demora mental | <input type="checkbox"/> Personalidad/Social |
| <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Alergias de la estación | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Shunt/Derivación |
| <input type="checkbox"/> Drepanocitosis | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Habla/Oído | <input type="checkbox"/> Espina bífida | <input type="checkbox"/> Síndrome _____ |
| <input type="checkbox"/> Amígdalas/Adenoides | <input type="checkbox"/> Tuberculoso | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Si algún integrante de la familia de su niño ha tenido problemas de cualquier tipo de lo arriba mencionado, favor de explicar. _____

HISTORIAL DENTAL

¿Por qué visita al dentista hoy?

¿Su niño ha visitado al dentista antes de hoy? La fecha de su última limpieza y radiografías (Si tomadas) _____ Sí No

Nombre del dentista anterior _____ Teléfono _____

¿Ha tenido su niño una mala experiencia dental? Sí No

¿Ha tenido su niño anestesia local? Sí No

¿Para un tratamiento dental ha recibido su niño un sedante general? Sí No

¿Han sido lastimados los dientes de su niño en alguna ocasión? Sí No

¿Ha recibido su niño tratamiento para algún trauma dental en alguna ocasión? Sí No

¿Se chupa su niño el dedo, pulgar o pacificador? Sí No

¿Se acuesta su niño con una botella o sippy cup? Sí No

¿Hay algún miembro de su familia que experimenta problemas dentales o con las encías? Explique _____ Sí No

Por favor marque si su niño experimenta problemas con cualquier de los siguientes:

- Caries Dolor de muelas Diente sensible Respiración bucal Trauma Infección en la encía
- Color de dientes Ortodoncia Sonidos en la mandíbula Rechinar dientes
- Otro: _____

Comentario: _____

HISTORIAL DE USO DE FLUORURO

¿Su niño toma agua de la llave? Sí No

¿Su niño usa pasta dental con fluoruro? Sí No

¿Su niño recibe fluoruro en alguna otra forma? Si así es ¿cómo? _____ Sí No

CONSENTIMIENTO LEGAL

Doy mi permiso a que las siguientes personas lleven a mi niño a recibir tratamiento dental

1) Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

2) Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

3) Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICASE CON

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Soy el padre, guardián legal, o representante personal del paciente y declaro que no existen mandatos judiciales que impiden que firme este consentimiento. La información detallada en ambos lados de este documento es preciso y completo. Doy mi consentimiento a que el doctor Robert E. Morgan, sus colegas y personal de su consultorio lleven a cabo un examen dental, profilaxis dental, tratamiento con flúor, y tomen radiografías de mi niño. Con el propósito de avanzar educación médica o dental doy mi permiso de usar fotografías clínicas del paciente para propósitos diagnósticos, científicos, educacionales o investigación médica.

Confirmo que la información arriba notada es correcta a mí entender. Entiendo que tengo la responsabilidad de informar a *Pediatric Dentistry of North Texas* de cualquier cambio en el estatus médico de mi niño.

Firma del padre o guardián legal: _____ Fecha: _____

Apuntes del médico: _____
