



## NUEVO FORMULARIO DE PACIENTE

956.720.4345 | GIGGLESVILLE.DENTISTRY.COM

### Información de su niño (a)

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_  
¿Cómo prefiere que su hijo sea llamado? \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Numero de teléfono (móvil) \_\_\_\_\_  
Grado de estudio \_\_\_\_\_ Pasatiempos de niño(a) \_\_\_\_\_  
Nombre de hermanos \_\_\_\_\_  
¿Quien lo(a) refirió a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_ Redes Sociales :  Facebook  Google  Revistas

### Historia Médica

¿Esta su niño(a) siendo atendido(a) actualmente por el médico familiar debido a alguna razón medica?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, favor de explicar \_\_\_\_\_

Nombre del médico familiar \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

- ¿Se encuentra su niño(a) en buena salud?  Sí  No  
Sí no, explica \_\_\_\_\_
- ¿Está su niño(a) siendo atendido por un médico especialista, aparte del médico familiar?  Sí  No  
De ser así, favor de explicar \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su niño(a) alergia a algún medicamento?  Sí  No  
Favor de mencionar los medicamentos \_\_\_\_\_
- ¿Esta su niño(a) tomando algún medicamento en este momento?  Sí  No  
de ser así, cuales? \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado su niño(a) hospitalizado o ha recibido atención en una sala de emergencia  Sí  No  
por algún trauma/golpe? ¿cuándo y porque razón? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido o tiene su niño(a) algún desorden mental, emocional, o nervioso? De ser así, favor de  Sí  No  
explicar \_\_\_\_\_
- ¿Le han removido las amígdalas a su niño(a)?  Sí  No
- ¿Respira su niño(a) por la boca? De ser así, lo hace,  Rara vez  Continuamente  Sí  No

Por favor indicar si su niño(a) ha tenido alguno(a) de los siguientes:

- |                                                                                                  |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex                                                        | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática          |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina                                                 | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 |
| <input type="checkbox"/> Alergia a otro medicamento                                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                                                  | <input type="checkbox"/> Hiperactividad (ADHD)     |
| <input type="checkbox"/> Asma                                                                    | <input type="checkbox"/> VIH Positivo (SIDA)       |
| <input type="checkbox"/> Ataques de epilepsia                                                    | <input type="checkbox"/> Impedimento físico        |
| <input type="checkbox"/> Autismo                                                                 | <input type="checkbox"/> Paladar hendido           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                                                | <input type="checkbox"/> Problemas de habla        |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual                                                | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad endocrina                                                    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los huesos                                              | <input type="checkbox"/> Tumores/leucemia          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o soplo en el corazón. Mencionar el tipo de enfermedad _____ |                                                    |

¿Esta el niño(a) siendo atendido por un cardiólogo o un especialista en el problema cardíaco? De ser así, favor mencionar el nombre \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Favor describir otros problemas que su niño(a) tenga y no se hayan mencionado anteriormente \_\_\_\_\_

**\*PARA USO DE LA OFICINA:**

Weight: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Mission: \_\_\_\_\_

Next Visit \_\_\_\_\_ Time of exit \_\_\_\_\_ Dr. Reviewing Med HX \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Sí  No ¿Es esta la primera vez que su hijo visita al dentista? ¿Si no es así, cuando fue la última visita y que se le hizo al niño(a)? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Espera que su niño(a) sea un paciente cooperador? Si no, por favor explicar \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Consumen en casa agua extraída de un pozo?

Sí  No ¿Consumen su niño(a) tabletas de flúor o vitaminas con flúor?

Sí  No ¿Se ha golpeado su niño(a) algún diente? ¿De ser así, cuando? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene su niño(a) historia de dolores de cabeza, dolor, ruidos en la articulación de la mandíbula?

Sí  No ¿Duerme niño(a) en la noche con biberón?

Sí  No ¿Tiene su niño(a) dolor en algún diente/muela?

### ¿Ha tenido o tiene su niño(a) alguno de los siguientes problemas?

Se chupa el dedo ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_ Todavía lo hace  Sí  No

Se chupa el labio ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_ Todavía lo hace  Sí  No

Usa chupon ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_ Todavía lo hace  Sí  No

¿Con que frecuencia su niño(a) se lava los dientes? \_\_\_\_\_

¿Alguién supervisa el lavado de dientes del niño(a)?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Usa su niño Hilo dental? \_\_\_\_\_

¿recibe su niño(a) alguno de los siguientes:  Fluor en tabletas/gotas  Fluor en vitaminas  Agua de pozo  Agua con fluor  Agua en botella

## Persona Responsable

Nombre completo del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Numero de teléfono celular \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tiene seguro dental:  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_ Numero de plan o grupo \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del seguro \_\_\_\_\_

Nombre completo del madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Numero de teléfono celular \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tiene seguro dental:  Sí  No Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

### \*PARA USO DE LA OFICINA

Patient Name \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

#### Clinical Findings

Radiographic Findings: \_\_\_\_\_

Tactile decay with explorer: \_\_\_\_\_

Other findings: \_\_\_\_\_

Diagnosis:  Early Childhood Caries  Severe Early Childhood Caries

Dental Caries  No Dental Caries

Incipient Decay