

# CHILDREN'S DENTAL CENTER

Philip H. Hunke, D.D.S., M.S.D.

Judith Woloski Jones, D.D.S.

A CONTINUACION LA INFORMACION Y LA HISTORIA FISICA SON NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO ADECUADO Y ENTENDIMIENTO DE SU NIÑO. FAVOR DE COMPLETAR LOS ESPACIOS.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Direccion de El \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Area Postal \_\_\_\_\_

Telefono del Hogar \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Posicion \_\_\_\_\_

Tiempo Empleado \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Direccion de Ella \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Area Postal \_\_\_\_\_

Telefono del Hogar \_\_\_\_\_

Empleada por \_\_\_\_\_ Posicion \_\_\_\_\_

Tiempo Empleada \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Telefono para confirmar citas \_\_\_\_\_

Con quien vive el paciente? \_\_\_\_\_

A quien le damos las gracias por referirlos a la oficina? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Area Postal \_\_\_\_\_

## HISTORIA FISICA

Nombre del Medico del Paciente \_\_\_\_\_

	Si	No
Esta su niño en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene su niño exámenes medicos periodicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta su niño al corriente con sus vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta su niño tomando algun medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que esta tomando? _____		
A tenido su niño alguna reaccion desfavorable a medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que Medicina? _____		
Ha estado su niño hospitalizado alguna vez desde su nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha _____ Lugar _____		
Ha tenido su niño algún tipo de cirugia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de cirugia _____		
Ha tenido su niño alguna transfusion sanguinea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha _____ Lugar _____		
Que tipo de agua toma su niño? _____ de la llave _____ purificada		

Favor de checar las siguientes preguntas que sean aplicables a su niño.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon     | <input type="checkbox"/> Asma                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Pulmones | <input type="checkbox"/> Alergias                   |
| <input type="checkbox"/> Trauma Cerebral           | <input type="checkbox"/> Retraso Mental             |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Hgado       | <input type="checkbox"/> Desordenes Mentales        |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Riñon       | <input type="checkbox"/> Desordenes Emocionales     |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Desordenes Nerviosos       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Autismo                    |
| <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral        | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla        |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Problemas del Oido         |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                 | <input type="checkbox"/> Problemas de Vision        |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia                 | <input type="checkbox"/> Otros                      |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis              | <input type="checkbox"/> Ninguno de los mencionados |

	Si	No
Es esta la primer visita dental de su niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no, anote fecha de su ultima cita dental _____		
Es su niño nervioso al ver un medico o dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido su niño alguna experiencia desfavorable en un consultorio dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene su niño algun dolor de dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chupa algun dedo su niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa su niño un chupon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La alimentacion de su niño, fue con biberon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La alimentacion de su niño, fue con pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edad que se descontinuo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cual es el proposito de esta cita? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por su cooperacion. Si hay alguna informacion que crea usted nos ayude en la evaluacion y tratamiento de su niño, favor de comentarlo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quien es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_

Tiene seguro dental? \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Yo acepto los procedimientos de diagnostico y tratamiento dental y tecnicas de manejo de comportamiento del paciente como sean necesarios para el paciente nombrado en esta forma. Yo acepto la responsabilidad de esta cuenta. Yo autorizo dar a conocer esta informacion al medico encargado del paciente.

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Asistente dental que checo información