

# CHILDREN'S DENTAL CENTER

Judith Woloski Jones, D.D.S. Kyle T. Sanders, D.D.S.

1801 S. 5th Street, Suite 112 • McAllen, TX 78503

**A continuación la información y la historia física son necesarias para el tratamiento adecuado y entendimiento de su niño. Favor de completar los espacios.**

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

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

# Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de El \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Área Postal \_\_\_\_\_

# De Teléfono de contacto \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

# De Trabajo \_\_\_\_\_

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

# Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de Ella \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Área Postal \_\_\_\_\_

# De teléfono de contacto \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleada por \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

# De Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono para confirmar citas \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

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

Quien los refiero a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Qué relación es usted de este paciente? \_\_\_\_\_

**Si usted no es el padre de familia, tiene usted la custodia legal a través de la corte? \_\_\_\_\_**

## HISTORIA FISICA

**Nombre De Medico de Paciente?** \_\_\_\_\_

**Teléfono del Medico** \_\_\_\_\_

Esta su niño(a) en buen estado de salud? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Esta so niño(a) al corriente con sus vacunas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Esta so niño(a) tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Que está tomando? \_\_\_\_\_

**Ha tenido so niño(a) alguna reacción desfavorable a medicinas?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Que medicina?** \_\_\_\_\_

Esta su niño(a) bajo algún tratamiento médico? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso que sí, que tipo de tratamiento? \_\_\_\_\_

Ha estado su niño(a) hospitalizado alguna vez desde su nacimiento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) alguna complicación con sedación consciente o anestesia general? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso que sí, que tipo de complicación? \_\_\_\_\_

Ha tenido su niño(a) alguna transfusión sanguínea? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Qué tipo de agua toma su niño(a) \_\_\_\_\_ de la llave \_\_\_\_\_ purificada

**Favor de checar las siguientes preguntas que son aplicables a su niño(a)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas Del Corazón     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Pulmones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Trauma Cerebral           | <input type="checkbox"/> Asma o Bronquitis             |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado      | <input type="checkbox"/> Alergias                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón       | <input type="checkbox"/> Retraso Mental                |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Desórdenes Mentales           |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones              | <input type="checkbox"/> Desordenes Emocionales        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Autismo                       |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral        | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla / Terapia |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Problemas de Oído (Sordo)     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                 | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión (Ciego)   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Aprendizaje lento             |
| <input type="checkbox"/> Radiación o Quimioterapia | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD                    |
| <input type="checkbox"/> Otras Problemas Medicas   | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS                    |

Ninguno de los mencionados

Es esta la primer visita dental de su niño(a)?  Sí  No  
Si no, anote fecha de su última cita dental \_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido una experiencia negativa en un consultorio dental?  Si  No

Se chupa algún dedo su niño(a)?  Sí  No

La alimentación de su niño(a) fue con?  Biberón /  Pecho Asta que edad? \_\_\_\_\_

Cuál es el propósito de esta cita? \_\_\_\_\_

Gracias por su cooperación. Si hay alguna información que crea usted que nos ayude en la evaluación y tratamiento de su niño(a), favor de coméntalo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Está su hijo(a) cubierto por el programa Medicaid de Texas  Sí  No

Tiene seguro dental?  Sí  No

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

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

Número de grupo \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Yo doy permiso que se haga el diagnostico, el procedimiento, el tratamiento y se utilicen las técnicas de manejo de comportamiento del paciente como sean necesarias. Yo doy autorización para que se entregue la información del paciente tanto a sus médicos como a las instituciones médicas que lo requieran.

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