



by
Jennifer Satterfield-Siegel, D.D.S.
specialsmilesdentistry.com

10801 N Michigan Rd, Carmel, IN 46077 | p (317) 873-3448 | f (317) 873-3425

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ Nick Name: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Sexo: Masculino Femenino

Escuela: _____ Nombre y edad de los hermanos(as): _____

Número telefónico de la casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

¿Quién tiene la custodia legal del niño(a)? _____

Su relación con el paciente: Mamá Papá Tutor Otro _____

Su nombre: _____

Su número de Seguro Social: _____ Su fecha de nacimiento: _____

¿A quién le agradecemos por referirlo a nuestra oficina? _____

¿Cuál es la razón por su visita el día de hoy? _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

¿En caso de una emergencia, a quién debemos contactar?

Nombre: _____ Relación: _____ Núm Telefónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Núm Telefónico: _____

HISTORY DE SALUD

Si No ¿Tiene su niño Buena salud?
Fecha de su último examen físico: _____
Nombre del Doctor: _____ Núm Telefónico: _____

Si No ¿Su niño alguna vez ha tenido alguna condición de salud?

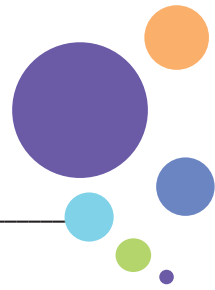
Si No ¿Su niño alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido algún tipo de cirugía?
Reazón(es): _____
Fecha(s): _____

Si No ¿Su niño padece de sangrado excesivo cuando tiene algún tipo de cortaduras?

Si No ¿Es su niño alérgico a algo?
Si la respuesta es positiva por favor explique: _____

Si No ¿Su niño esta tomando algún tipo de medicamento actualmente?
Si la respuesta es positiva por favor explique: _____

INFORMACION DEL PACIENTE, continuado



Si No ¿Alguna complicación durante su alumbramiento?

Si la respuesta es positiva por favor explique: _____

Por favor indique si u niño ha sido tratado por algunas de las siguientes razones:

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sangrados/tranfuciones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Asma |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Discrasias sanguíneas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Higado |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | VIH/HIV |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desmayos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Labio leporino |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Retraso Mental | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Vejiga |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Habla/Audición | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Retrasos Físicos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Parálisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Defectos congénitos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tiroides | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Personalidad/Social |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sarampión/Paperas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Drogas/Abuso del alcohol | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Otros _____ |

Por favor brinde detalles de los seleccionados: _____

- Considera usted que su niño es:
- Avanzado en el proceso del aprendizaje
 - Progresa normalmente en el proceso de aprendizaje
 - Lento en el proceso de aprendizaje

¿Fue su niño?: Lactado o Alimentado con biberón A que edad lo dejó? _____

DENTAL HISTORY

- Si No ¿Su hijo ha tenido alguna visita dental?
Nombre del dentista y la fecha: _____
- Si No ¿Ha tenido su hijo alguna reacción desfavorable al recibir atención dental?
Por favor explique: _____
- Si No ¿Su hijo se chupa el dedo o usa shupón (bobo)?
- Si No ¿Tiene su niño algún tipo de dolor al masticar, abostezar o la apertura de su boca?
- Si No ¿La mandíbula de su hijo hace algún sonido, tiene algún dolor asociado al sonido?

Por favos seleccione si u hijo tiene problemas con algunos de los siguientes:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caries | <input type="checkbox"/> Dolor de diente | <input type="checkbox"/> Sensibilidad dental | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Infección en las encías | <input type="checkbox"/> Descoloración del diente | <input type="checkbox"/> Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Sonido en la mandíbula |

Otros: _____

Comentarios/Preocupaciones _____

HISTORIAL DE FLUORURO

Su niño principalmente toma: Agua Potable Agua embotellada Agua fluorada embotellada Agua del refrigerado

- Si No ¿Su niño utilizó pasta dental con fluoruro?
- Si No ¿Tiene su hijo alguna fuente adicional de fluoruro? Si la respuesta es positiva explique: _____