



INFORMACIÓN DEL NIÑO E HISTORIAL DE SALUD MÉDICA Y DENTAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha de Nacimiento: / / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre del padre/tutor legal:		Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Dirección de correo electrónico (se mantendrá confidencial):			
Nombre del padre:	Nombre de la madre:	Nombre del tutor legal:	
Vivo con: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Teléfono particular:		Teléfono celular:	Teléfono laboral:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Marque una "X" en la casilla SÓLO si esto se aplica a usted. ¿Ha tenido usted (el adulto) o el paciente (el niño)? <input type="checkbox"/> Tos que dura más de tres semanas <input type="checkbox"/> Tos que produce sangre <input type="checkbox"/> Tuberculosis activa <i>Lleve este formulario a la recepcionista de inmediato si marcó "Sí" en cualquiera de estos elementos.</i>			

SEGURO DENTAL			
POLÍTICA PRIMARIA:	Nombre de la compañía de seguros:	Teléfono particular: ()	
El suscriptor es: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:		Número de suscriptor:	Número de grupo:
Nombre de la empresa empleadora:			
Si no es suscriptor: Nombre completo del suscriptor:		SSN: - -	
Fecha de nacimiento del suscriptor: / /		Teléfono laboral: ()	
POLÍTICA SECUNDARIA:	Nombre de la compañía de seguros:	Teléfono particular: ()	
El suscriptor es: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:		Número de suscriptor:	Número de grupo:
Nombre de la empresa empleadora:			
Si no es suscriptor: Nombre completo del suscriptor:		SSN: - -	
Fecha de nacimiento del suscriptor: / /		Teléfono laboral: ()	
Nombre de la empresa empleadora:			

FORMA DE PAGO	AUTORIZACIÓN
El responsable de la cuenta es: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:	Por la presente autorizo el pago directamente al consultorio dental de Excel Dental de los pagos del seguro grupal que de otro modo serían pagaderos a mí. Entiendo que soy responsable del costo del tratamiento dental. Por la presente autorizo al consultorio dental a administrar dichos medicamentos y realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental. La información en esta página y los historiales médicos/dentales son correctos a mi leal saber y entender. Le otorgo al dentista el derecho de divulgar mis registros médicos/dentales u otra información sobre mi tratamiento dental a terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud.
Forma de pago: <input type="checkbox"/> El seguro y cualquier saldo adeudado se paga al momento del servicio. <input type="checkbox"/> Pago total en cada cita (en efectivo, cheque o tarjeta de crédito)	
Cargo por servicio: Si no pago todo el nuevo saldo dentro de los 25 días posteriores a la fecha de facturación mensual, se agregará un cargo por servicio a la cuenta para el período de facturación mensual actual. El cargo por servicio será una tasa periódica del 1,5% mensual (o un cargo mínimo de \$3,00 para un saldo inferior a \$200,00), que es una tasa porcentual anual del 18% aplicada al saldo del último mes. En caso de incumplimiento de pago, prometo pagar cualquier interés legal sobre el saldo adeudado, junto con los costos de cobro y los honorarios razonables de abogados incurridos para efectuar el cobro de esta cuenta o futuros saldos pendientes.	
	Firmado: _____ Nombre impreso: _____ <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:
	California. Número de licencia de conducir: _____ Fecha de firma: _____

ANTECEDENTES DE SALUD DENTAL DEL PACIENTE

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?

¿Cómo describiría la salud bucal del paciente? Excelente Bien Justo Pobre

¿Actualmente experimenta algún dolor o malestar dental? Sí No Si es así, ¿dónde?

¿Es esta la primera visita del paciente al dentista? Sí No
Si no, ¿cuándo fue el último examen dental del paciente? ¿Qué se hizo en esa cita?

¿Cuándo fue la última vez que se tomaron radiografías dentales al paciente?

Marque una "X" en la casilla SÓLO si esto se aplica a usted.	Si	No	?
¿Ha tenido el paciente algún problema con el tratamiento dental en el pasado? Si es así, describa lo que sucedió: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido el paciente algún problema con la salida o pérdida de dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente utiliza pasta dental con flúor al cepillarse los dientes? ¿Con qué frecuencia se cepillan los dientes del paciente? _____ hora(s) por _____ ¿A qué hora(s) del día se cepillan los dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente alguna vez ha usado aparatos ortopédicos u otros aparatos de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido el paciente alguna vez una lesión grave en la cabeza, la boca o los dientes? Si es así, describa qué sucedió y cuándo sucedió: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente practica algún deporte de contacto o participa en actividades recreativas activas? Si es así, describa esas actividades aquí: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El suministro de agua de su hogar está fluorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es la principal fuente de agua potable del paciente? <input type="checkbox"/> Grifo <input type="checkbox"/> Embotellado <input type="checkbox"/> Filtrado <input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente toma suplementos de flúor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Utiliza/usó el paciente chupete o se chupó el pulgar o los dedos? ¿A qué edad dejó la paciente de amamantar? _____ ¿A qué edad dejó el paciente de alimentarse con biberón? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha experimentado el paciente alguna vez algún trastorno respiratorio relacionado con el sueño? <input type="checkbox"/> Respiración por la boca <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Problemas para respirar durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES MÉDICOS Y ESTADO DE VACUNACIÓN DEL PACIENTE

Por favor indique el nombre y número de teléfono del médico del paciente:
Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

¿El paciente consulta a algún especialista médico? Sí No En caso afirmativo, explique. _____

Marque una "X" en la casilla SÓLO si esto se aplica a usted.	Si	No	?
¿El paciente está siendo tratado actualmente por alguna afección o enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido el paciente alguna vez una enfermedad grave?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente ha sido hospitalizado alguna vez?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le han dado al paciente anestesia general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente alguna vez ha recibido una transfusión de sangre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente experimenta sangrado excesivo al cortar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un médico o dentista ha sugerido al paciente que tome antibióticos antes de ver al dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha diagnosticado al paciente algún problema físico, de desarrollo o condiciones mentales o emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el paciente alguna condición genética (heredada)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el paciente alguna dificultad en el habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, explique por qué y proporcione el nombre del médico que hace esa recomendación. Nombre: _____ Teléfono: _____			
Si es así, explíquelo por favor.			
Si es así, explíquelo por favor.			
Si es así, explíquelo por favor.			
¿Cómo describiría los hábitos alimentarios del paciente?			
¿Está el paciente al día con las vacunas relacionadas con las enfermedades del paciente (tétanos, sarampión, paperas, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si tiene la edad adecuada, ¿cuál es el estado de vacunación contra el virus del papiloma humano/VPH del paciente? <input type="checkbox"/> Inmunizado <input type="checkbox"/> No inmunizado			
Marque la casilla frente a cualquier condición o problema de salud que el paciente tenga ahora o haya tenido en el pasado:			
<input type="checkbox"/> AGREGAR/TDAH	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual (ITS)
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolores de oído	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Tabaco/Vapeo
<input type="checkbox"/> Problemas de vejiga	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Problemas de huesos/articulaciones	<input type="checkbox"/> Escuchando problemas	<input type="checkbox"/> Paperas	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problema del corazón	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescentes)	_____
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	_____

MEDICACIONES Y ALERGIAS

Marque una "X" en la casilla SÓLO si esto se aplica a usted.

¿Está el paciente tomando actualmente algún medicamento recetado, vitaminas, suplementos y/o medicamentos de venta libre? Si No ?
 Si es así, indíquelos aquí: _____

¿Es el paciente alérgico a algún antibiótico (**penicilina**), analgésico (**paracetamol, ibuprofeno, opioides**) o algún otro medicamento? Si No ?
 Si es así, indique esos medicamentos y qué sucedió cuando el paciente los tomó: _____

¿Tiene el paciente otras alergias, como al látex, metales, determinados alimentos, animales, plantas, etc.? Si No ?
 Si es así, describa la alergia y la reacción: _____

ACTUALIZACIÓN Y PRECISIÓN MÉDICO

He leído mi Historial Médico y confirmo que expresa adecuadamente mis condiciones pasadas y presentes.

Fecha	Excepciones	Firma del paciente	BP	Revisado por
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en mi estado médico.

Fecha: _____ Firma del paciente, padre o tutor legal: _____

NOTA: Entiendo que es importante que tanto el dentista como el paciente o su padre/tutor hablen honestamente sobre la salud del paciente antes de comenzar el tratamiento dental. He respondido todas las preguntas anteriores de forma completa y precisa. Entiendo que el dentista y su personal necesitan esta información para que el paciente reciba el tipo correcto. Declaro y garantizo que tengo pleno derecho y autoridad legal para dar mi consentimiento para la realización de procedimientos en este paciente. Si por alguna razón ya no tengo dicho derecho y autoridad legal, notificaré inmediatamente a la práctica por escrito.

El dentista y yo hemos hablado sobre cualquier pregunta que tuviera sobre este formulario. No responsabilizaré al dentista ni a ningún otro miembro de su personal por nada de lo que hayan hecho o no, hacer, debido a cualquier error que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

Comentarios: _____

Solo para uso oficial: Alerta médica Premedicación Alergias Anestesia

Revisado por: _____ Fecha: _____