

Informacion del Paciente	Poliza del Asegurancia Primaria
<p>Nombre del Paciente: _____            Apellido                                  Primero                                  Segunda Inicial</p> <p>Apodo: _____ Grado: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____ Genero [ ] M [ ] F</p>	<p>Relacion con el subscriber:            [ ] Solo [ ] Espos/a [ ] Nino/a</p> <p>Nombre del Subscriber: _____</p> <p>Compania de Asegurancia: _____</p>
<p><b><u>Con quien vive el paciente? Por favor circule:</u></b></p> <p>Madre, Padre, Abuela, Abuelo, Tia, Tio, Guardianes Foster, Otro: _____</p> <p><b>*Informacion para con quien vive con el paciente:</b></p> <p>Nombre de Padre, Madre/ Guardian Legal: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Ciudad/Codigo postal: _____</p> <p>Telefono preferido: _____</p> <p>Correo electronico: _____</p> <p>Modo de contacto preferido: [ ] telefono/texto [ ] correo electronico</p> <p>Empleador: _____</p>	<p>Numero de identificacion del subscriber: _____</p> <p>Fecha de nacimiento del subscriber: _____</p> <p>Numero del grupo: _____</p> <p>Empleador: _____</p>
<p>*Otro Padre, Madre / Guardian Legal:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Telefono preferido: _____</p> <p>Empleador: _____</p>	<p><b><u>Poliza de Asegurancia Secundaria</u></b></p> <p>Relacion con el subscriber:            [ ] Solo [ ] Espos/a [ ] Nino/a</p> <p>Nombre del Subscriber: _____</p>
<p><b>Quien es responsable de esta cuenta?</b></p> <p>_____</p>	<p>Compania de Asegurancia: _____</p>
<p><b>Como escuchaste de nosotros?</b></p> <p>_____</p>	<p>Numero de identificacion del subscriber: _____</p>
<p><b>OFFICE USE ONLY:</b></p>	<p>Fecha de nacimiento del subscriber: _____</p>
<p>Dental history: _____</p>	<p>Numero del grupo: _____</p>
<p>Next visit: right/ left      FM      recall      PO check: _____</p>	<p>Empleador: _____</p>
<p>N20      Behavior Management      G.A. (time) _____</p>	

## HISTORIAL MEDICO

Pediatra/ Medico Principal: _____ Numero de telefono: _____ Ciudad: _____ Especialista Medico: _____ Numero de telefono: _____ Ciudad: _____	Contacto de emergencia: _____ Numero de telefono: _____ Relacion: _____ <b>Su hijo/a ha tenido cirugias o ha sido hospitalizada por alguna razon? [ ]S [ ]N</b> <b>Si es asi, por favor explique:</b> _____ _____ _____
---	--

<b>Su hijo/a esta tomando algun medicamento?</b> [ ]S [ ]N Por favor enlistelos aqui: _____ _____ <b>Su hijo/a esta tomando antibioticos para el dolor?</b> [ ]S [ ]N Si es asi, que medicamento? _____ <b>Su hijo/a necesita antibioticos o ser premedicado/a antes del tratamiento dental?</b> [ ]S [ ]N [ ] no se	Su hijo/a es alergico a alguno de los siguientes? Anestésico.....[ ]S [ ]N Aspirina.....[ ]S [ ]N Codeina.....[ ]S [ ]N Ibuprofen.....[ ]S [ ]N Yodo.....[ ]S [ ]N Latex.....[ ]S [ ]N Penicillin/Amoxicillin.....[ ]S [ ]N Sulfato.....[ ]S [ ]N Alergias a comida.....[ ]S [ ]N por favor enliste: _____ Otro: _____
---	---

Condiciones:	S	N		S	N
TDA/TDAH			Problemas de los ojos		
Anemia			Epilepsia/Incautaciones		
Asma			Fiebre de hero o alergias estacionales		
Autismo			Problemas de Audicion		
Enfermedad Autoimmune/Lupus			Murmuro del Corazon		
Problemas de Sangrado/Hemofilia			Problemas del Corazon/Enfermedad/Cirugia		
Terapia de Bisphophante			Hepatitis Tipo: _____		
Cancer/Leucemia/Radiacion			Presion alta		
Paralisis Cerebral			SIDA		
Labio o Paladar/Leporino			Reemplazo de Articulaciones		
Tubo gastrointestinal/GI			Enfermedades del Hgado		
Diabetes Tipo I o II			Penos de metal/tornillos o implantes		
Sindrome de Down			Neutropenia		
Transplante de Organos			Cuidados de Salud Especiales		
Cirugia Ortopedica			Retrazo del Habla		
Protesis			Espina Bifida		
Disabilidad Fisica			Ataque al Corazon		
Tratamiento Psiquiatrico			Ronca/Apnea del Sueno		

Fiebre Reumatica	S	N	Tuberculosis	S	N
Riesgo o Enfermedad de Anemia de Celulas Falciformes			Caterer Vascular/Shunts Vasculares		
Problemas de Sinusitis			Otro:		

### HISTORIAL DENTAL

<p>Nombre del dentista anterior/dentista que lo/a refirio [ ] NINGUNA</p> <hr/> <p>Ciudad: _____</p> <p>Numero de telefono: _____</p> <p>Fecha de su ultimo examen/rayos-x: _____</p> <p>Fecha su ultima limpieza: _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Experiencia dental pasada:</b> NINGUNA [ ]</p> <p>Tratamiento con: (marque todos los que aplican)</p> <p>Anestesico local _____</p> <p>Gas de la Risa (Oxido Nitroso) _____</p> <p>Sedacion Oral _____</p> <p>Restriccion Fisica _____</p> <p>IV/Anestesia General _____</p> <p>Comportamiento: [ ] cooperativo [ ] no cooperativo</p>	<p>Razon de la visita de hoy: _____</p> <hr/> <p>Su hijo/a tiene dolor? _____</p> <p>Si es asi, donde y desde cuando? _____</p> <hr/> <p>Cuantas veces su hijo/a: se lava los dientes? _____ al dia usa hilo dental? _____ al dia</p> <p>Usted ayuda a su hijo/a a cepillarse los dientes y a usar el hilo dental en casa? [ ]S [ ]N</p> <p>Su hijo/a usa los siguientes con fluoruro:</p> <p>Pasta de dientes [ ]S [ ]N</p> <p>Enjuague bucal [ ]S [ ]N</p> <p>El paciente ha recibido tratamiento con: ( <i>marque talos los que aplican</i>)</p> <p style="padding-left: 40px;">Ortodoncista: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Cirujano Oral: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Endodoncista: _____</p>
---	---

Habitos Orales:	S	N		S	N
Su hijo/a toma leche materna?			Su hijo/a rechina los dientes?		
Su hijo/a toma biberon?			Su hijo/a se chupa los labios?		
Su hijo/a usa vaso de entrenamiento?			Su hijo/a tiene el habito de morderse las unas?		
Su hijo/a se chupa el dedo?			Su hijo/a tiene el habito de empujar su lengua?		
Su hijo/a usa chupon?			Otro:		
<b>El paciente toma:</b>	S	N		S	N
Agua, <i>por favor circule:</i> embotellada o de la llave?			Leche, <i>por favor circule:</i> sin sabor o con sabor?		
Jugo de frutas?			Soda, bebidas deportivas?		
Edad en la que su hijo/a deajo de tomar leche materna?					
Edad en la que su hijo/a deajo de tomar biberon?					
Edad en la que su hijo/a deajo de usar vaso de entrenamiento?					

