



E. LaRee Johnson, DDS, MS, FAAPD • Clark L. Morris, DDS • M. Gentry Byrd, DDS, MPH • Anne D. Baker, DDS, MPH

v2020.04.21

## INFORMACIÓN PARA NUEVO PACIENTE

**Al completar este formulario completamente, usted nos está asistiendo en proveer cuidado para su hijo(a) de un modo más eficiente y amigable. Un guardián legal del niño(a) debe completar este formulario.**

Persona completando esta forma: \_\_\_\_\_ Su relación al niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

Nombre de su Hijo(a) \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ Niño / Niña \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

¿A que escuela asiste el hijo(a)? \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Doctor o pediatra de su hijo(a) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Hermanos(a)? Favor de poner los nombres y edades \_\_\_\_\_

A veces para hacer una conversación con los niños hablamos de festividades que se aproxima, caricaturas, hada de diente, etc. ¿Está usted de acuerdo con esto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Si hay algo que le guste a su hijo(a) de cual podemos hablar con su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_

Ocupación de Madre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_

Ocupación de Padre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de su correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de celular \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Nombre del dentista de familia \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FINANCIERO

Persona responsable de la cuenta de su hijo(a) \_\_\_\_\_ Su relación al niño(a) \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nuestra oficina no es parte ni participa en ninguna red de seguransa dental privada. La mayoría de los planes de seguro tiene beneficios fuera de la red que pueden ser usadas en nuestra oficina. Favor de revisar con el administrador del plan de seguransa para más detalles. Durante su visita nosotros solo recojeremos lo que nosotros estimamos que su seguransa no pagará (con excepción de los que están suscritidos con Delta Dental y Federal Blue Cross Blue Shield, ellos necesitarán pagar por completo para todas las citas). El reembolso de la compañía de seguro puede variar en nuestro estimado. Usted es responsable por el balance en su cuenta. Por favor hable con nuestras especialistas en aseguransa o la encargada si tiene alguna pregunta. **Yo he leído y entiendo esta póliza de seguro. Yo también autoriso que mi seguransa mande los pagos directamente a Drs. E. LaRee Johnson, Clark L. Morris, M. Gentry Byrd, and Anne D. BAKER (Johnson & Morris PLLC) y entiendo que yo soy responsable por cualquier balance.**

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### EXPECTACIONES DE LA PRIMERA VISITA

La razón para la visita \_\_\_\_\_

¿Es esta la primera visita dental de su hijo(a)?  Sí  No Si no, ¿cuándo fue la última visita? \_\_\_\_\_

¿Le han tomado a su hijo(a) rayos-x dentales en los últimos seis meses?  Sí  No

¿Quién era el último dentista que su hijo(a) vió? \_\_\_\_\_

¿Qué es su preocupación principal de la salud de los dientes de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Se ha quejado su hijo(a) de algun problema dental, o ha tenido alguna experiencia no deseable?  Sí  No

Si su respuesta es sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

¿Presentemente su hijo(a) tiene algun problema dental?  Sí  No Si su respuesta es sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna pregunta o otros comentarios con referencia a su primera cita aquí? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Favor de ser específicos cuando llene esta información de su hijo(a). Círcule las respuestas que aplican o llene todos los espacios necesarios.

Por favor apunte los medicamentos que su hijo(a) está tomando (incluye el dosis y cuan frecuente se lo toma):

Por favor apunte que medicinas le han causado una reacción alérgica en su hijo(a) \_\_\_\_\_

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Alergias a comidas o medicinas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	Dolor de cabeza
Sí	No	Alergia al cambio de clima	Sí	No	Enfermedad en los riñones, GI o hígado
Sí	No	Problemas respiratorias o con los pulmones	Sí	No	Anemia
Sí	No	Asma	Sí	No	Desorden mental
Sí	No	Problemas con sangramiento	Sí	No	Fiebres reumáticos
Sí	No	Parálisis Cerebral	Sí	No	Ataques
Sí	No	Diabetes	Sí	No	Desorden con el hablar
Sí	No	Epilepsia	Sí	No	Problemas con las amígdalas/anginas
Sí	No	Infecciones frecuentes	Sí	No	Ronca al dormir
Sí	No	Problemas con oír	Sí	No	Defecto congénito de nacimiento
Sí	No	Problemas con su comportamiento o aprendizaje	Sí	No	Retraso mental o físico
Sí	No	Problemas de la endocrina	Sí	No	Problemas con la vista
Sí	No	Cancer	Sí	No	Enfermedad en la sangre
Sí	No	Alergia a la lana o lanolina	Sí	No	Transfusión de sangre
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Problemas con el corazón (murmullo en el corazón)</b>			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Vacunas están al día</b>			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Reacción a globos, chupón o algún material caucho (alergias a latex).</b> Si su respuesta es sí, por favor explique: _____			
Sí	No	Algún otro problema médico, por favor describa _____			
Sí	No	Hospitalizado. Si su respuesta es sí, por favor describa _____			
Sí	No	Algún miembro de la familia tiene algunos de los problemas listados arriba. Si su respuesta es sí, entonces por favor describa y incluya la relación a su hijo(a) _____			
Sí	No	Yo considero a mi hijo(a) en buena salud. Si su respuesta es no, por favor explique _____			
Sí	No	Yo espero que mi hijo(a) coopere con el tratamiento. _____			
Sí	No	¿Hay otra información que usted piense que es de valor para nosotros, al tratar con su hijo(a)? _____			

## HISTORIA DENTAL

Por favor sea preciso cuando marque la información de su hijo(a). Círcule la respuesta que aplique o llene los espacios en blanco.

Sí	No	La quijada le truena cuando abre o cierra la boca	Sí	No	Agua de ciudad
Sí	No	Hábito de chuparse los dedos	Sí	No	Suplementos de fluoruro
Sí	No	Hábito de chuparse el dedo grande	Sí	No	Pasta de dientes con fluoruro
Sí	No	Otros hábitos (_____)	Sí	No	Pecho cuándo paró _____
Sí	No	Se muerde las uñas	Sí	No	Biberón cuándo paró _____
Sí	No	Respira de la boca	Sí	No	Chupón cuándo paró _____
Sí	No	¿Ha usado su hijo(a) algún aparato ortodónico?	Sí	No	Ayuda al niño(a) lavarse los dientes?
Sí	No	¿Ha recibido su hijo(a) un tratamiento de fluoruro?	Sí	No	Ayuda al niño(a) con el hilo dental?
Sí	No	¿Le salen granos o fuego en la boca a su hijo(a)?	Sí	No	Usa alguna solución oral?
Sí	No	¿Ha heredado su hijo(a) alguna condición dental?	Con cuan frecuencia se lava los dientes? _____		
Sí	No	¿Le falta dientes a algún pariente?	Con cuan frecuencia usa el hilo dental? _____		
Sí	No	¿Le salen granos o fuego en la boca a algún familiar?			
Sí	No	¿Se ha golpeado los dientes alguna ves su hijo(a) (quebrado algún diente, su labio o boca)? Si su respuesta es sí, por favor explique. _____			
Sí	No	¿Tiene más información que usted piensa que es necesario para esta visita? _____			

La información listada en los dos lados de este formulario es precisa y exacta. Doy consentimiento a la Dra. Johnson, Dr. Morris, y sus empleados a llevar a cabo el examen dental, profilaxis dental, tratamiento de fluoruro y tomar radiografías para su hijo(a).

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dentist(a) Signature: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_