

LONESTAR SMILES FOR KIDS

Sinceramente le damos la bienvenida a usted y a su hijo(a) a nuestra práctica. Para que podamos entender mejor a su hijo(a), por favor complete este formulario tan completamente como sea posible. Gracias.

El Nombre De Nino(a) _____ Apodo _____

Fecha De Nacimiento _____ Años _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Peso _____

Nombre Del Tutor Principal _____ Relación Hacia El Niño(a) _____

Fecha De Nacimiento _____ Número De Seguro Social _____

Numero De Licencia De Conducto _____ Empleador _____

Dirección De Casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Móvil _____ Teléfono de Casa _____ Otro Teléfono _____

Correo Electrónico _____ *Documentación de consentimiento dental será requerida cuando sea aplicable.

Nombre Del Tutor Secundario _____ Relación Hacia El Nino _____

Fecha De Nacimiento _____ Número De Seguro Social _____

Numero De Licencia De Conducto _____ Empleador _____

Dirección De Casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Móvil _____ Teléfono de Casa _____ Otro Teléfono _____

Correo Electrónico _____ *Documentación de consentimiento dental será requerida cuando sea aplicable.

Medico Del Niño _____ Especialista (si existe) _____

Por favor, marque Si o No (En caso afirmativo, por favor explique.)

Si No ¿El paciente es alérgico a alguna comida o medicamento? _____

Si No ¿Está el paciente tomando algún medicamento? _____

Si No ¿Historia de una enfermedad grave? _____

Si No ¿Ha tenido el paciente alguna operación? _____

Si No ¿Está embarazada la paciente? _____

Circule cualquiera de las condiciones médicas a continuación que el paciente ha tenido o tiene actualmente.

Hemorragia anormal /

Hemofilia

Anemia

Asma / Problemas de pulmón

Trastornos óseos

Defecto cardíaco congénito

Diabetes

Mareo

Epilepsia

Trastornos gastrointestinales

Problemas del corazón

Murmullo del corazón

Hepatitis / Problemas del

hígado Herpes

Alta presión sanguínea

VIH / SIDA

Problemas de riñón

Trastornos nerviosos

En radiación / quimioterapia

Tuberculosis

Tumor / Crecimiento

¿Hay alguna condición médica que no hayamos mencionado que usted sienta que debemos estar consciente de?

Por favor nombre a una persona fuera de su casa que podamos contactar en caso de una emergencia?

Contacto De Emergencia _____ Teléfono _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Registro De Higiene Y Salud Dental

¿Es la primera visita de su hijo(a) a nuestra oficina? ☐ Si ☐ No

¿Si es así, a quien podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? _____

¿Se le ha visto a su hijo(a) en cualquier otra consulta dental? ☐ Si ☐ No

¿Si es así, a quien contactamos para los registros dentales? _____

¿Ha tenido éxito el último examen dental de su hijo? ☐ Si ☐ No

¿Se obtuvieron rayos X? ☐ Si ☐ No

¿Ha sufrido su hijo(a) alguna reacción desfavorable de cualquier atención médica o dental anterior? Si es así, por favor explique.

¿Su hijo(a) tiene algún habito bucal como chuparse los dedos? Si es así, por favor explique.

¿Su hijo(a) cepilla todos los días? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo(a) usa hilo dental todos los días? ☐ Si ☐ No

¿Ayuda con el cepillado o el uso del hilo dental? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo(a) sigue alimentándose con el pecho o biberón? ☐ Si ☐ No

¿Hay alguna preocupación dental que usted quisiera que discutiéramos durante la visita dental de su niño(a)?

¿Su hijo(a) tiene hermanos(as)? (Por favor anote los nombres y haga un círculo alrededor de los que hemos visto.)

¿Le gustaría que la recepción le ayude a establecer citas para los hermanos(as) que no hemos visto? ☐ Si ☐ No

Consentimiento De Fotografia

Como una oficina de especialidad pediátrica, Dr. Boling frecuentemente ofrece educación continua para padres, niños y otras personas relacionadas con la salud oral. Nos gustaría obtener permiso para tomar fotografías del rostro y dientes de su hijo(a).

Yo, _____ Como padre / tutor legal responsable de _____, doy permiso a Lonestar Smiles for Kids, la oficina de Dr. Boling, para usar la foto de mi hijo(a) en cualquier material promocional futuro: álbumes de fotos dentales, revistas profesionales o libros (ya sea impreso o en la web). Entiendo que no se hará ningún beneficio directo de la imagen.

☐ Declinado

Firma del padre / tutor _____

Fecha _____