

## Little Pearls Dentistry for Children

*Nos honran que usted ha elegido nuestra oficina para el cuidado dental de su niño. Estamos confiados a su salud de niño y bienestar. Complete por favor las formas siguientes tan a fondo como posible de modo que bien poder servir a le y a su niño. Gracias*

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M/ F

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A Quién podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_

¿Si no referido, cómo usted oyó hablar nosotros? \_\_\_\_\_

¿Puede nosotros mandar un correo electrónico una foto de la visita de su niño con nosotros? \_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente al del niño)

\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ TEL. de Trabajo: \_\_\_\_\_

TEL de celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Seguro dental: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de la Mama: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente al del niño)

\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ TEL. de Trabajo: \_\_\_\_\_

TEL de celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Seguro dental: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

El estado civil de padres: Casado Soltero Divorciado Enviudado

### HISTORIAL DENTAL DEL NIÑO

¿Ha visitado su niño a un dentista? Si eso es el caso, cuando y dónde \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón primaria de su visita? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus expectativas de nosotros? \_\_\_\_\_

¿Ha pasado por una mala experiencia dental su niño? \_\_\_\_\_

¿Cómo usted describiría a su niño? Amigoso Tímido Nervioso Asustado

¿Quién cepilla/sedas los dientes de su niño? \_\_\_ ¿toma su niño suplementos del fluoruro? \_\_\_\_\_

¿Su niño tiene hábitos? Chupar el dedo, comerse las unas, otra cosa

¿Hay otra cosa que usted nos querría que sepamos de su niño? \_\_\_\_\_

### CONDICION/HISTORIA MÉDICA

Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

¿Esta su niño recibiendo tratado actualmente para alguna condición medica? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño hospitalizado? \_\_\_\_\_

¿Tiene o tenía alguna cosa de lo siguiente?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis                         |
| <input type="checkbox"/> Anemia                            | <input type="checkbox"/> Presión alta                      |
| <input type="checkbox"/> adjetivo artificial               | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                          |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia                      |
| <input type="checkbox"/> Autismo                           | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón                |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia                        | <input type="checkbox"/> Alergia de látex                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Lukimia/tumores            | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado               |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral                | <input type="checkbox"/> Problema de pulmones              |
| <input type="checkbox"/> Labio/fisura del paladar hendida  | <input type="checkbox"/> Reacciones algún medicamento      |
| <input type="checkbox"/> Demora de desarrollo              | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Escarlatina                       |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio              | <input type="checkbox"/> Desorden sensorio                 |
| <input type="checkbox"/> El endocrino (glandular) desorden | <input type="checkbox"/> Enfermedad/rasgo de célula de hoz |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                         | <input type="checkbox"/> Síndrome (especificó) _____       |
| <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oír / o visión       | <input type="checkbox"/> Algootra cosa                     |
| <input type="checkbox"/> Defecto del corazón, o murmura    |  |

Liste por favor medicina y la dosis que su niño tome: \_\_\_\_\_

Liste por favor cualquier alergia, inclusive ésos a medicinas \_\_\_\_\_

*Gracias por su ayuda en el cuidado de su niño. Infórmenos por favor en visitas subsiguientes de cualquier cambio a la historia clínica de su niño, inclusive cualquier medicina o alergias*

La información que he dado es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que seré contenido el más estricto de la confianza, y soy mi responsabilidad de informar esta oficina de cualquier cambio en mi estatus médico de niño. Certifico que soy el guardián legal de niño.

Firma del Padre o Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY    \_\_\_\_\_ Registration info reviewed    \_\_\_\_\_ Medical history reviewed

