

Formulario de información del paciente

Nombre completo _____ Fecha _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono del domicilio _____ No. de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Correo electrónico _____

Marque la casilla apropiada Menor de edad Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Si es estudiante universitario(a), Tiempo completo/Medio tiempo,

nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado _____

Empresa donde trabaja el paciente o uno de los padres _____ Teléfono del trabajo/Teléfono celular _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del cónyuge o de uno de los padres _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo/Teléfono celular _____

¿A quién podemos agradecerle por recomendarnos? _____

Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono _____

Persona responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el paciente _____

Domicilio _____ Teléfono del domicilio _____

No. de la licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

¿Esta persona ya es paciente de nuestro consultorio? Sí No

Datos sobre el seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de admisión en el centro de trabajo _____

Nombre del empleador _____

No. de teléfono del sindicato o local _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ No. de teléfono _____ No. de grupo _____

No. de póliza o de identificación _____

¿Cuál es el monto de su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ Prestación anual máxima _____

X _____

Firma del paciente (o del padre si el paciente es menor de edad)

Número de paciente

¿Por qué trajo a su hijo hoy?

¿Alguna vez ha tenido su hijo algún problema grave o difícil relacionado con algún tratamiento dental anterior?

_____ Sí _____ No

¿El agua que bebe su hijo contiene flúor?

_____ Sí _____ No

¿Está tomando su hijo suplementos de flúor?

_____ Sí _____ No

¿Ha sentido su hijo algún dolor/sensibilidad en la articulación de la mandíbula (trastorno o enfermedad de la articulación temporomandibular)?

_____ Sí _____ No

¿Se cepilla su hijo los dientes todos los días?

_____ Sí _____ No

¿Utiliza hilo dental todos los días?

_____ Sí _____ No

Pediatra: _____

No. de teléfono: _____

Fecha de su última consulta: _____

¿Está su hijo en este momento bajo el cuidado de algún médico?

_____ Sí _____ No

Describa la salud actual de su hijo:

_____ Sí _____ No

¿Alguna vez ha tomado su hijo Fosamax, Actonel, o cualquier otro bifosfonato?

_____ Sí _____ No

Enumere todas las medicinas que está tomando su hijo en este momento: _____

Enumere todas las medicinas o materiales a los que su hijo es alérgico: _____

¿Látex? _____ Sí _____ No ¿Metales o níquel? _____ Sí _____ No ¿Plástico? _____ Sí _____ No

¿Alguna vez ha tenido su hijo alguno de los siguientes problemas médicos?

Sí	No	Sangrado anormal	Sí	No	Diabetes
Sí	No	Trastorno de déficit de atención/Trastorno de hiperactividad con déficit de atención	Sí	No	Discapacidades
Sí	No	Alergias a cualquier medicamento	Sí	No	Trastornos auditivos
Sí	No	Alguna estadía en el hospital	Sí	No	Soplo cardíaco
Sí	No	Alguna operación	Sí	No	Hemofilia
Sí	No	Huesos, articulaciones o válvulas artificiales	Sí	No	Hepatitis
Sí	No	Asma	Sí	No	VIH+/SIDA
Sí	No	Cáncer	Sí	No	Problemas renales o hepáticos
Sí	No	Defectos cardíacos congénitos	Sí	No	Fiebre reumática o escarlatina
Sí	No	Convulsiones o epilepsia	Sí	No	Enfermedad o fenotipo de células falciformes
Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	

Indique cualquier problema grave que haya tenido su hijo: _____

¿Tiene o ha tenido su hijo alguno de los siguientes hábitos?

- Sí No Succión o mordida de los labios
- Sí No Comerse las uñas
- Sí No Hábitos relacionados con el biberón
- Sí No Succión del pulgar o de los dedos

Vecino o familiar que no viva con usted.

Nombre completo: _____ Teléfono (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Entiendo que la información que he dado es correcta según mi leal saber y entender, que se mantendrá bajo la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar al personal del consultorio de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo(a). Autorizo al personal del consultorio dental para llevar a cabo los tratamientos dentales que mi hijo(a) requiera.

Firma

Fecha