

# ¡Bienvenido A bordo!

Nuestra nave es amistosa. Es nuestra intencion hacer de cada visita una experiencia placentera y educativa. Nuestra mision es ayudarle a guiar a su hijo a una vida llena de grandiosas sonrisas al trabajar junto a usted en enseñarles buenos habitos de cuidado en casa y los ultimos mas recientes conceptos en cuidado preventivo.

Tomamos orgullo en nuestro programa de esterilizacion y control de infeccion en practica de nuestra oficina el cual siempre llegara o sobrepasara las normas regulamentarias mandadas.



## Acerca de su Niño o Niña

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Sobrenombre \_\_\_\_\_

Edad  M  F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

Razon de su visita \_\_\_\_\_

Referidos a nuestro consultorio por...  
(Queremos darles las gracias)

## Historia Medica

Medico de su hijo/a \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima consulta (mes/año) \_\_\_\_\_

¿Esta su hijo/a bajo cuidado de algun medico por cualquier problema medico?  
Si  No  explique...

¿Esta su hijo/a tomando actualmente algun medicamento?  
Si  No  explique...

¿A estado hospitalizado su hijo/a o operado alguna vez?  
Si  No  explique...

¿Sufre alergia a comida o medicamento su hijo/a?  
Si  No  explique...

¿Tiene historia su hijo/a de...? (marque los correspondientes)

<input type="checkbox"/> Problemas del corazon	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> Lesion de cerebro
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a drogas	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desordenes de sangre
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desangramientos
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> VIH positivo/SIDA
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Involucramiento de riñon/higado	<input type="checkbox"/> Ninguno

¿Hay algo mas en referencia a la salud fisica, mental, o EMOCIONAL que quiere dejar saber?  
Si  No  explique...

## Historia Dental

¿Es la primera visita dental de su hijo/a?  Si  No

Dentista previo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha de ultima visita \_\_\_\_\_

¿Alguna lesion a los dientes o mandibulas (caidas, golpes, fracturas)?  Si  No

¿Historia de...?  Morder las uñas  Chuparse los dedos

Chuparse el labio  Chupon  Chuparse el pulgar

¿Ha tenido una reaccion desfavorable su hijo/a por alguna experiencia medica o dental previa?  Si  No  
explique...

Edad en que dejo de amamantar o usar biberon su hijo/a \_\_\_\_\_

¿Como cree sera la reaccion de su hijo/a hacia el dentista?  
Nombre de su dentista familiar \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

## Historia Dental Preventiva

¿Que tan seguido se cepilla su hijo/a los dientes?  
Si  No  Cuando? \_\_\_\_\_

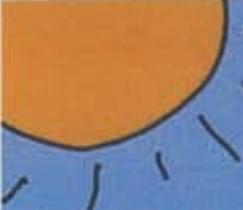
¿Es supervisado el cepillado de dientes?  Si  No

¿Por quien? \_\_\_\_\_

¿Utilizan el hilo dental?  Si  No

¿Recibe su hijo/a lo siguiente? (marque si aplica)

<input type="checkbox"/> Vitaminas con fluoruro	<input type="checkbox"/> Fluoruro en tabletas o gotas
<input type="checkbox"/> Agua con fluoruro	<input type="checkbox"/> Agua enbotellada
<input type="checkbox"/> Agua de ciudad	<input type="checkbox"/> Ninguna



sonríe y el universo se  
sonreirá contigo



### niño/a

Domicilio (calle y numero) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Correo electronico \_\_\_\_\_  
 Codigo postal \_\_\_\_\_  
 Numero telefonico \_\_\_\_\_

### Padre

Nombre completo de Papa \_\_\_\_\_  
 Numero de seguro social \_\_\_\_\_  
 Domicilio si es diferente \_\_\_\_\_  
 Oficio \_\_\_\_\_  
 Empleado por \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Direccion de empleo (calle) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Nombre de seguro dental \_\_\_\_\_  
 Numero de grupo \_\_\_\_\_  
 Numero de licencia de manejo \_\_\_\_\_  
 Codigo postal \_\_\_\_\_  
 Numero telefonico \_\_\_\_\_  
 numero de celular \_\_\_\_\_  
 Codigo postal \_\_\_\_\_  
 Numero telefonico \_\_\_\_\_  
 Numero de empleado \_\_\_\_\_

### Informacion financiera

En el caso que la familia no viva junta, el padre que traiga al paciente es responsable de la cuenta.

Yo, presentemente, autorizo a los Doctores, Cathy Chien, Eunha Cho, Betsy Kaplan, Eduardo Lopez, Lynn Wan, y/o a sus asociados de emplear cualquier y todo tratamiento a mi hijo/a, anteriormente mencionando y doy consentimiento a los metodos, las drogas y otros agentes conforme y sean indicados en conexion con el cuidado dental de el o ella. Este consentimiento se mantendra en efecto hasta no ser cancelado.

Firma \_\_\_\_\_  
 Parentesco al paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA POR FAVOR:** El pago es de esperarse por los servicios rendidos al tiempo de la primera visita, arreglos financieros para cualquier tratamiento siguiente se podran hacer siguiente al diagnostico. GRACIAS.  
 Se le podria agregar un cargo por citas no acudidas al menos que notifique a la oficina 24 horas antes de su cita para cancelarla.

### Madre

Nombre completo de Mama \_\_\_\_\_  
 Numero de seguro social \_\_\_\_\_  
 Domicilio si es diferente \_\_\_\_\_  
 Oficio \_\_\_\_\_  
 Empleado por \_\_\_\_\_  
 Direccion de empleo (calle) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Nombre de seguro dental \_\_\_\_\_  
 Numero de grupo \_\_\_\_\_  
 Numero de licencia de manejo \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 numero de celular \_\_\_\_\_  
 Codigo postal \_\_\_\_\_  
 Numero telefonico \_\_\_\_\_  
 Numero de empleado \_\_\_\_\_

### Visitas futuras

Yo repase el historial medico de mi hijo/a y todo esta correcto.  
 (por favor firme sus iniciales en el espacio que se le indique)


### Hermanos y Hermanas

Primer nombre de hermanos/as y sus edades \_\_\_\_\_

¿Ha sido paciente en nuestra oficina algun miembro de su familia?  
 Si  No  Quien? \_\_\_\_\_  
 Si  No

¿Es elegible su hijo/a para ayuda del estado o condado?  
 Nombre, domicilio y numero telefonico de un familiar o amigo cercano. \_\_\_\_\_

Gracias por completar esta forma.  
 Sus respuestas nos seran de gran valor, nos ayudaran a entender mejor a su hijo o hija. Sientanse libres de hacer preguntas si existe cualquier consideracion en especial.