

ODONTOLOGIA SOLO PARA NINOS

Eugene V. Nolfi, Jr., DDS, MS, P.A.

Odontologia Pediatra

Nosotros le damos la sincera bienvenida a Usted y a su Niño a nuestro consultorio, y trataremos de hacer que las consultas dentales sean tan placenteras como podamos. Para que nosotros mejor entendamos a su Niño, porfavor acomplete este formulario tan completamente que se pueda. Muchisimas gracias!

- 1) Nombre del Niño _____ Apodo _____ Hombre Mujer
- 2) Fecha de Nacimiento _____
- 3) Quien es el Dentista de Mamá y Papá? _____ Medico de Cabecera _____
- 4) El Paciente es educado en casa? Si No
Si no es asi, a cual escuela va el paciente? _____ Dias Libres? Si No
- 5) Nombres de Hermanos y Hermanas _____
(marque con circulo los que se han consultado aqui)
- 6) A quien le podremos agradecer por referirle a nuestro Consultorio? _____
Su dirección, si es conocida _____
- 7) Cual es su preocupacion mayor en esta consulta? _____
- 8) Su niño o niña cuenta con buena salud? Si No
- 9) Acaso su niño o niña tiene necesidades especiales? Si es que si, anotelos _____
- 10) Su niño o niña ha tenido antecedente de:
- | | | | |
|---------------------|---|------------------------------|---|
| Autismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desordenes Sanguíneos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | Palsia Cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | Alergias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | Desordenes de Higado o Riñon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
- U otra condicion medica por la cual han recibido tratamiento o medicina? Si No Si acaso, anotelas _____
- 11) Acaso su niño o niña ha sido internado en un Hospital? Si No
Si es asi, favor de anotarlo _____
- 12) En la actualidad, su menor esta tomando medicina? Si No
Si es asi, favor de anotarlo _____
- 13) Acaso su menor ha tenido reacción negativa o alergia a medicamentos o anestesia local? Si No
Si es asi, favor de anotarlo _____
- 14) Acaso su menor tiene alergia al ule Latex? Si No
- 15) Acaso su menor actualmente se chupa el dedo anular, los dedos, o usa un chupón? Si No
Si es asi, cuanto tiempo lleva? _____
- 16) Acaso su menor usa mamila o amamanta? Si No
Si acaso no, a que edad dejó de hacerlo? _____
- 17) Acaso su menor padece, o ha padecido en el pasado, de infecciones frecuentes del oido y de la garganta? Si No
- 18) Acaso su menor cuenta con antecedente de perdida de auditoría o problemas con el habla? Si No
Si es asi, favor de explicar: _____
- 19) Su menor es adoptado? Si No
- 20) Acaso su menor ha tenido un mantenedor de espacio, frenos, tratamiento ortodóntico o movimiento de dentadura? Si No
- 21) Acaso su menor ha pasado ratos favorables o incomodos en un consultorio medico o dental? Si No
Si es asi, en que manera? _____
- 22) Como reacciona su menor ante heridas? _____
- 23) Como reacciona su menor alrededor de desconocidos? _____

Siga en el dorso

24) Acaso su menor ha tenido dolor de diente o problema especial recientemente? Si No

25) Favor de describir con brevedad las costumbres alimenticias, tal como los alimentos ingeridos con mas frecuencia, comestibles y bebidas, golosinas, consumo de agua y preferencias alimenticias.

26) Acaso los padres son divorciados, separados, o casados de Nuevo? Si No

27) Con quien radica el paciente? _____

Padre _____

(Nombre Entero) (Dirección) (Ciudad) (Código Postal) (Telefono)

Oficio: _____ Numero de Seguro Social _____

Lugar de Empleo _____

Dirección y Telefono de su Trabajo _____

Fecha de Nacimiento del Padre _____ Num. de Licencia de Manejar _____ #Celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Madre _____

(Nombre entero) (Dirección) (Ciudad) (Codigo Postal) (Telefono)

Oficio: _____ Numero de Seguro Social _____

Lugar de Empleo _____

Dirección y Telefono de su Trabajo _____

Fecha de nacimiento de la Madre _____ Num. de Licencia de Manejar _____ #Celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Persona responsable de la cuenta de su menor, si es alguien mas que el padre o la madre:

(Guardian, Padres sustitutos, etc.) _____

Dirección Postal: _____

En caso de emergencia, nombre de familiar o amistad mas cercano: _____

***(DEBE LLENARSE) Telefono:** _____

A favor del paciente antes-mencionado, yo autorizo la examinación completa y el tratamiento del menor, y del uso de estos metodos apropiados de alli en adelante. Esta autorización permanecerá vigente y efectiva hasta que cualquier parte cancele. Ademas, yo seré responsable por cualquier monto incurrido para este menor por tratamiento dental.

Firma _____

Fecha _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA dental/odontológica:

Nombre de Aseguranza/Seguro Odontológico o empresa aseguradora

Nombre de la persona Asegurada: _____

Nombre del lugar/sitio de empleo: _____

Dé Seguro Social de persona asegurada(al no ser la persona antes-mencionada): _____

Verificación de Seguro Dental/Odontólogo: (#800 en la tarjeta): _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado(al no ser la persona antes-mencionada): _____