

Rhonda L. Kearney, DDS, MS, PLLC

Henderson Pediatric Dentistry

451 Ruin Creek Rd., Suite 205 • Henderson, NC 27536 • Tel: (252) 492-KIDS (5437) • Fax: (252) 492-5440

**INFORMACION DEL PACIENTE Y FORMULARIO DEL HISTORIAL MEDICO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado Escolar en el que esta el nino(a): \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela que atiende el nino(a): \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_ # de Tele. De Casa: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social del Paciente : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico del Padre o Guardian del Paciente: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

# de Tel : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la madre o Guardian: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

# de Tel: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quien tiene custodia del Paciente? \_\_\_\_\_ Aseguranza Dental:  Si  No

Persona responsable por la cuenta \_\_\_\_\_ #de Seguro Social/# de ID: \_\_\_\_\_

#de la Licencia para Conducir \_\_\_\_\_

Estatus Marital de los Padres: Casados / Separados / Divorciados / Otro: \_\_\_\_\_

**A QUIEN DAR GRACIAS POR REFERIRLOS A NOSOTROS?**

Nombre: \_\_\_\_\_

De un amigo  [www.hendersonpedo.com](http://www.hendersonpedo.com)  Directorio  Oficina Dental  Pediatra/Doctor  Otro

**CONTACTO DE EMERGENCIA(aparte de los padres)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_ #de Tel. de casa: \_\_\_\_\_

# de Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ #de Celular: \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DE SALUD**

Nombre del Pediatra/Doctor: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL**

Cual es la razon por la visita de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) a hido al dentista anteriormente? Fecha de su ultima limpieza y rayos-x (si le tomaron) \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista Previo: \_\_\_\_\_

# de Tel: \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) ha tenido una reaccion no favorable en el cuidado dental con el dentista previo?

Explicar \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) se chupa el dedo o chupon? Cual de los dos? \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) se va a la cama con mamila o basito? Si si, que contiene? \_\_\_\_\_

Si  No Su Hijo(a) come aperitivos frecuentemente ? Cuales son sus aperitivos favoritos? \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) ha estado bajo anesthesia local? Hubieron problemas? \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) ha estado sedado para tratamiento dental? Hubo Problemas? \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) se ha lastimado sus dientes? Cuales: \_\_\_\_\_

Tratamiento dental por el dano: \_\_\_\_\_

Si  No Su hijo(a) o alguien en su familia han tenido caries? Si si, quien y cuando? \_\_\_\_\_

Porfavor cheque si su hijo(a) ha tenido alguno de estos problemas:

Caries  Ortodoncia  Sensibilidad en los dientes  Respiracion Bocal

Trauma  Infeccion en la encia  Dientes Descoloridos  Otros

Dolor de Dientes  Crujido Mandibular  Rechinar de dientes

Explicaciones y Comentarios: \_\_\_\_\_

---(OVER)---

### HISTORIAL DE FLUORURO

- Si  No En casa la agua contiene fluoruro?  
 Si  No Su hijo(a) usa pasta dental con fluoruro?  
 Si  No Usted le subministra algun otro metodo de fluoruro? Que? \_\_\_\_\_  
 Si  No Su hijo(a) participa en el programa de enguague con fluoruro en la escuela? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO

- Si  No Su hijo(a) esta en buena salud? Fecha del ultimo examen fisico \_\_\_\_\_  
 Si  No Su hijo(a) sufre de algun problema medico? \_\_\_\_\_  
 Si  No Alergias (Porfavor anotelas) \_\_\_\_\_  
 Si  No Su hijo(a) esta tomando medicamentos en este momento? Porfavor anote la medicina, dosis, y razon:: \_\_\_\_\_  
 Si  No Las vacunas de su hijo(a) esta al corriente?  
 Si  No Le an dicho que su hijo(a) tiene que tomar algun antibiotic antes de un tratamiento dental?  
 Si  No Su hijo(a) ha estado hospitalizado, bajo anestecia general, o hido a la sala de emergencia?  
Porfavor explique: \_\_\_\_\_  
 Si  No Hubo dificultades al nacer? \_\_\_\_\_

Como considera a su hijo(a):  adelantado en su aprendizaje  progesando normalmente  aprender lentamente

### Porfavor cheque si su hijo(a)ha sido tratado por alguno de estos problemas:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon       | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica                    | <input type="checkbox"/> Autismo                            |
| <input type="checkbox"/> Anemia                       | <input type="checkbox"/> Epilepsias                          | <input type="checkbox"/> Ronquidos                          |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Higadeo        | <input type="checkbox"/> Defectos Congenitales de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Asma/Respiracion                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Rinon          | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                       |
| <input type="checkbox"/> Prolemas del Habla/ Audicion | <input type="checkbox"/> Endocrino/ Cresimiento              | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista        | <input type="checkbox"/> Espina Bifida                       | <input type="checkbox"/> Retrazo Mental                     |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Fecuentes    | <input type="checkbox"/> Emorragias/Transfusiones            | <input type="checkbox"/> Retrazo Fisico                     |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Importantes         | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides            | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumores                     |
| <input type="checkbox"/> ADHD                         | <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral                 |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon          | <input type="checkbox"/> Hepatitis                           | <input type="checkbox"/> Artritis                           |
| <input type="checkbox"/> Discrasia Sanguinea          | <input type="checkbox"/> Labio Leporino                      | <input type="checkbox"/> Abusos                             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las celulas    | <input type="checkbox"/> Problemas de Personalidad/Social    | <input type="checkbox"/> Reacciones Adversas a Medicamentos |

Otros: \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) tiene alguno de estos problemas porfavor explique: \_\_\_\_\_

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior en ambos lados de esta formulario en lo mejor de mi conocimiento. Todas las preguntas han sido respondidas con precisión. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. También entiendo que es muy importante para informar sobre cualquier cambio en la condición médica o dental de mi hijo al dentista lo antes posible, y estoy de acuerdo en hacerlo. Yo le doy permiso al dentista para obtener cualquier información adicional del médico de mi hijo acerca de su / sus antecedentes médicos necesarios para proporcionar el mejor tratamiento dental posible.

**Doy permiso para que la Dra. Kearney y el personal llebe a cabo un examen dental, profilaxis dental (limpieza), tratamiento de fluoruro y tomar radiografías de mi hijo.**

**PERSONA QUE LLENO ESTE FORMULARIO: FIRMA** \_\_\_\_\_

Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

