

¡Bienvenidos a Smile Garden Odontología Pediátrica!

1 CUÉNTANOS SOBRE TU HIJO

Nombre: _____
Último Primero Medio
 Apodo: _____ Círculo: Hombre / Mujer
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Age: _____
 Número de Seguro Social: _____
 Dirección de casa: _____

Ciudad Estado Código Postal
 Teléfono Residencial: (_____) _____
 Escuela: _____ Grado: _____
 Intereses, pasatiempos y actividades del niño: _____
 Hermanos (nombre y edad) tratados aquí: _____

2 INFORMACIÓN DEL PRIMER TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Ocupación: _____
 Madre Madrastra Tutor Casada Otro: _____
 Dirección de casa: _____

Ciudad Estado Código Postal
 Empleador: _____
 Teléfono Residencial: (_____) _____
 Trabajo: (_____) _____ Celular: (_____) _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Licencia de Conducir: _____
 Número de Seguro Social: _____
 Correo electrónico: _____
 Responsable del pago de la cuenta: Sí No

3 INFORMACIÓN DEL SEGUNDO TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Ocupación: _____
 Padre Padrastro Tutor Casado Otro: _____
 Dirección de casa: _____

Ciudad Estado Código Postal
 Empleador: _____
 Teléfono Residencial: (_____) _____
 Trabajo: (_____) _____ Celular: (_____) _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Licencia de Conducir: _____
 Número de Seguro Social: _____
 Correo electrónico: _____
 Responsable del pago de la cuenta: Sí No

4 ¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO?

5 ¿QUIÉN ACOMPAÑA A SU HIJO HOY?

Nombre: _____
 Relación con este niño/niña: _____
 ¿Tienes la custodia legal de este niño/niña? Sí No

6 SEGURO DENTAL PRINCIPAL

Nombre de la compañía de seguros: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad Estado Código Postal
 N.º de teléfono de la compañía de seguros: (_____) _____
 N.º de grupo (Plan, local o N.º de póliza): _____
 Nombre del titular de la póliza: _____
 Relación con este paciente: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____
 Número de Seguro Social: _____
 Empleador del titular de la póliza: _____

7 SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad Estado Código Postal
 N.º de teléfono de la compañía de seguros: (_____) _____
 N.º de grupo (Plan, local o N.º de póliza): _____
 Nombre del titular de la póliza: _____
 Relación con este paciente: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____
 Número de Seguro Social: _____
 Empleador del titular de la póliza: _____

8 CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección de casa: _____
 Teléfono Residencial: (_____) _____
 Trabajo: (_____) _____
 Celular: (_____) _____

9 DENTAL - Nombre del niño: _____

Motivo de esta cita: _____

¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista? Sí No

De lo contrario, dentista anterior: _____ Última visita: _____

¿Algún desafío asociado con trabajos dentales previos? Sí No

Si es así, por favor explique: _____

¿Ha habido alguna lesión en los dientes, la cara o la boca? Sí No

Si es así, por favor explique: _____

¿Cuántos alimentos o bebidas azucarados al día? _____

¿Hay historial familiar de problemas dentales (dientes faltantes o extra, caries)?

Por favor, explique: _____

¿Tiene el niño ACTUALMENTE alguno de los siguientes hábitos?

Chupete Chupar el pulgar/dedos

Lactancia / Biberón por la noche Respiración bucal

¿Ayudas a tu hijo a cepillarse y usar hilo dental a diario? Sí No

¿Tu hijo usa suplementos de flúor? Sí No
(Gotas, enjuagues, pastillas, etc)

¿El agua de tu hijo está fluorada? Sí No

¿Complicaciones tras un tratamiento dental (ex: sangrado prolongado)? Sí No

¿Reacción inusual a un medicamento o anestésico dental? Sí No

¿Su hijo/hija usa un protector bucal para los deportes? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

10 HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

Nombre del médico del niño: _____

Dirección / Teléfono del médico: _____

Por favor, explique cualquier afección médica grave que haya tenido su hijo:

¿Están al día las vacunas de su hijo? Sí No

En caso negativo, por favor explique: _____

Describe tu embarazo y el parto: _____

1 - ¿Su hijo/hija es adoptado? Sí No

2 - ¿Fue hospitalizado o se sometió a una cirugía? Sí No

3 - ¿Alguna vez ha recibido su hijo anestesia general? Sí No

Si es así, por favor explique con detalle: _____

Autorización y consentimiento de liberación - Este consentimiento permanecerá vigente hasta que se cancele por escrito

- Entiendo que la información que he proporcionado es precisa según mi mejor conocimiento y que se mantendrá en confidencialidad.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi dentista de cualquier cambio en el estado médico y/o dental de mi hijo, y acepto hacerlo.
- Doy permiso al dentista y al personal para obtener información adicional del médico o médicos de mi hijo sobre cualquier historial médico necesario para proporcionar tratamiento dental.
- Autorizo a Smile Garden Odontología Pediátrica a facilitar cualquier información para mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a los terceros pagadores y/o profesionales sanitarios.
- Autorizo a mi compañía de seguros a pagar al Smile Garden Odontología Pediátrica todos los beneficios de seguro que de otro modo se me paguen por los servicios prestados. También autorizo el uso de esta firma en todas las solicitudes de seguro.
- Entiendo que soy responsable de todos los cargos por servicios prestados, estén o no cubiertos por mi seguro, y que todos los pagos deben ser el día en que se prestan los servicios.

Por favor, enumere todas las alergias a alimentos y medicamentos:

Enumere las alergias: _____

Medicamentos que su hijo está tomando actualmente:

Nombre	Dosis	Frecuencia

Marque TODAS las afecciones de salud tratadas por un médico:

NINGUNO - Sin problemas médicos, ni actualmente ni en el pasado

TDA o TDAH	Hemofilia
SIDA o VIH	Hepatitis
Anemia	Infecciones (virales o bacterianas)
Asma/Vía Aérea Reactiva	Ictericia
Artritis/Reumática/Fiebre Escarlatina	Problemas de riñón y vejiga
Autismo	Trastornos del aprendizaje
Problemas de comportamiento/ emocionales	Problemas hepáticos/ Atresia biliar
Trastornos sanguíneos	Problemas pulmonares/Fibrosis quística
Problemas de sangrado / hematomas	Neumonía
Lesión cerebral	Embarazo
Cáncer (Quimio/Radioterapia)	Convulsiones/Epilepsia/Convulsiones
Parálisis cerebral	Derivaciones (VP o VA)
Labio y paladar hendido	Anemia falciforme
Malformaciones congénitas congénitas	Problemas de sinusitis
Defectos/Trastornos Genéticos	Problemas de piel/Eczema
Retrasos en el desarrollo	Problemas de sueño
Diabetes	Necesidades Especiales/Discapacidades
Oídos/Deterioro auditivo	Problemas de habla/Retraso
Problemas de ojos y visión	Problemas de tiroides
Problemas gastrointestinales/Reflujo	Problemas de amígdalas/adenoides
Dolores de cabeza/migrañas	Transfusiones
Soplo cardíaco/Enfermedad	Trasplantes
Enfermedades cardíacas	Tuberculosis

Describe los artículos revisados:

Firma del progenitor o tutor legal

Fecha

Relación con el paciente

NOTA: El padre o tutor que acompaña al niño es responsable del pago en el momento del servicio.