

Datos biográficos y financieros

Odontología Pediátrica de UT

DATOS BIOGRÁFICOS

(Completado por el padre o el guardián)

Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____ Sobrenombre: _____
Sexo: _____ Raza: _____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Animales domésticos o Pasatiempos: _____
Dirección de Casa: _____
Calle Ciudad Código Postal
Teléfono: (_____) _____ Celular (_____) _____ Trabajo (_____) _____
Área De Código Área De Código Área de Código

Nombre Del Padre: _____ Fecha Del Nacimiento: _____
Número De Seguridad Social: _____
Lugar del negocio: _____ Teléfono: (_____) _____
Área de Código
Dirección comercial: _____

Nombre De la Madre: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Número De Seguridad Social: _____
Lugar del negocio: _____ Teléfono: (_____) _____
Área de Código
Dirección comercial: _____

Si está divorciado o separado, que tan recientemente (6 meses) Si Si

Guarda legal (con excepción de padre): _____
Lugar del negocio: _____ Teléfono: (_____) _____
Área de Código
Dirección comercial: _____

Hermanos/Hermanas (nombres y edades): _____
En escuela o Pre-escolar? Si No Nombre Del Profesor: _____
Recomendado por: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

Nombre del pariente más cercano que no vive con usted: _____
Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: (_____) _____
Área de Código

* Razón por el cual busca tratamiento: _____

DATOS FINANCIEROS

Persona responsable de esta cuenta: _____
Esta su niño cubierto con: Seguro Dental Medicaid Otra Agencia Social
Nombre de la agencia o de la compañía de seguros: _____

Número de la agencia o de la política: _____

Si el paciente tiene seguro dental, del nombre del seguro y dirección del empleado que esta cubierto: _____

Actualizaciones: _____

HISTORIA MÉDICA

1. Su niño tiene problemas de salud? Si No
Si sí, explique: _____
2. Su niño tubo problemas de salud en el nacimiento o durante años iniciales? Si No
Si sí, explique: _____
3. Su niño esta tomando medicaciones? Si No
Por favor explique: _____
4. Tiene su niño reacciones desfavorable a los alimentos, drogas, o a las medicinas? Si No
Por favor explique: _____
5. Su niño ha sido hospitalizado? Fechas: _____ Si No
Razón: _____
6. Su niño tiene cualquier limitación a los deportes o actividades? Si No
Si sí, explique: _____
7. Su niño tiene o a tenído cualquier historia del lo siguiente:
 Alergias Problemas Del Crecimiento Desordenes De Sangre
 Diabetes Problemas de Respiración Problemas Mental/Emocional
 Embarazo Problemas del Corazón Problemas del Hígado Fiebre Reumática
 HIV Usos de Alcohol Usos de Productos de Tabaco Otros _____
Comentarios: _____
8. Fecha del examen médico: _____
9. Nombre del médico: _____
Dirección: _____ : Teléfono: (_____) _____
Área de Código
10. Su niño tiene problemas en:
 Concentrarse Aprender Cooperación Comprensión
11. Usted piensa a su niño será cooperativo ¿paciente? _____
12. Cómo usted disciplina a su niño? _____
13. Hay información médica adicional que debemos saber? _____

HISTORIA DENTAL

1. Está es la primera visita de este su niño al dentista? Si No
2. Si no, fecha del examen pasado: _____ Nombre del Dentista: _____
3. Su niño ha tenido cualquiera del siguiente? Por favor cheque.
 Absceso (ebulliciones de la ensilla) Dolor de Dientes
 Mala Respiración Dientes Manchados
 Ampollas de la Fiebre Lesión a los Dientes Delanteros
 Infecciones de Gargantas Sangre de las Ensillas
4. Su niño tiene o a tenído hábitos que pude afectar su salud oral? Si sí, por favor cheque.
 Rechinar los Dientes Respiración de la Boca
 Mamarse los dedos Otros _____
5. Su niño tiene problemas de lenguaje? Si No
6. Su niño toma el fluoruro? Si No
7. Cuando fue la última vez que su niño a tubo radiografías dental? _____