

FORMA DE PACIENTE QUE REGRESA

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Algún cambio en la dirección de la casa? En caso afirmativo, indique la nueva dirección a continuación:

¿Tienes un nuevo seguro dental? En caso afirmativo, indique el nombre y el número de identificación a continuación:

¿Tienes dolor dental hoy? SI NO

Por favor revise sus preocupaciones dentales:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Caries | <input type="radio"/> Color de los dientes | <input type="radio"/> Rechinar los dientes | <input type="radio"/> Trauma |
| <input type="radio"/> Dientes sensibles | <input type="radio"/> Sonidos de la mandíbula | <input type="radio"/> Respiración por la boca | <input type="radio"/> Ortodoncia |
| <input type="radio"/> Dolor de muelas | <input type="radio"/> Infecciones de las encías | <input type="radio"/> Ninguna | |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | | | |

¿Ha habido algún cambio en el historial médico de su hijo? Yes No

Si es así, por favor liste: _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente? Yes No

Si es así, por favor liste: _____

¿Alguna hospitalización o cirugía desde la última visita de su hijo? Yes No¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? Yes No

Si es así, por favor liste: _____

¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco? Yes No

Si es así, ¿cuándo y qué productos? _____

Cancelación De Cita Y Política De No Presentación

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una consulta para sus necesidades particulares. Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, necesitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible dar su consulta reservado a otro paciente que lo desea. **Las cancelaciones repetidas con un máximo de tres citas perdidas sin previo aviso resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras.** Creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se hace su cita, se reserva una consulta, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía de usted. Si tiene alguna pregunta o problema que le impida asistir a sus citas, llámenos con anticipación al (209) 400-2018 y con mucho gusto reprogramaremos su cita para un horario más conveniente. Entiendo y acepto la política de Bethel Kids Dental sobre la cita para tratamiento y su cancelación.

Certifico que he leído y entiendo el contenido de este formulario. No responsabilizaré a Bethel Kids Dental, ni a los médicos ni al personal por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario. Notificaré a Bethel Kids Dental cualquier cambio en la información y la salud de mi hijo.

Impresión: _____ Firma: _____ Date: _____



Historial Dental

- Si No ¿Alguna vez ha ido su hijo al dentista? ¿Si es así, cual es la fecha de la última limpieza dental y radiografías? _____
- Si No ¿Ha experimentado su hijo una reacción desfavorable de la atención dental previa? Si es así, explíquelo por favor _____
- Si No ¿Su niño se chupa el dedo, el pulgar o el chupete? ¿Si sí, cuándo? _____
- Si No ¿Se acuesta su hijo con un biberón o una taza para sorber? Si es así, ¿qué contiene? _____
- Si No ¿Su hijo come bocadillos con frecuencia? ¿Cuáles son sus bocadillos favoritos? _____
- Si No ¿Ha tenido su hijo anestesia local? Si es así, ¿hubo algún problema? _____
- Si No ¿Ha sido sedado su hijo para tratamiento dental? ¿Hubo algún problema? _____
- Si No ¿Alguna vez se lesionaron los dientes de su hijo? Si es así, ¿qué dientes? _____
- Si No ¿Alguna vez su hijo o alguien de su familia inmediata ha tenido una úlcera bucal u otra úlcera en la boca? Por favor describa: _____
- Si No ¿Su hijo usa una pasta dental con fluoruro?
- Si No ¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco?

Por favor verifique si su hijo tiene problemas con alguno de los siguientes:

- Caries Dolor Dientes Sensibles Respiración de Boca Roce de Dientes
- Infecciones de Encillas Color de Dientes Ortodoncia Sonidos de Mandíbula Trauma
- Otro: _____

Historial Médico

- Doctor del Niño/Pediatra: _____ Teléfono: _____
- Si No ¿Cuándo fue la última visita de su hijo al médico y cuál fue el motivo de la visita? _____
- Si No ¿Ha tenido su hijo alguna vez un problema de salud? Si es así, explíquelo por favor. _____
- Si No ¿Su hijo ha sido hospitalizado, ha tenido anestesia general o visitas a la sala de emergencias? Si es así, explíquelo por favor. _____
- Si No ¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? Si es así, indique los medicamentos. _____
- Si No ¿Su hijo es alérgico a algún alimento? Si es así, indique qué comida. _____
- Si No ¿Están al día las vacunas de su hijo?
- Si No ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes del tratamiento dental?

Por favor marque si su hijo ha sido tratado por alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Abuso | <input type="radio"/> Cancer/Tumores | <input type="radio"/> Soplo Cardíaco | <input type="radio"/> Células falciformes/rasgo |
| <input type="radio"/> ADHD | <input type="radio"/> Parálisis Cerebra | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Lesiones significativas |
| <input type="radio"/> Reacciones a Drogas Adversas | <input type="radio"/> Defectos congénitos | <input type="radio"/> HIV/SIA | <input type="radio"/> Ronquidos |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad Hígado/IG | <input type="radio"/> Problemas de Habla/Escucha |
| <input type="radio"/> Asma/Respiración | <input type="radio"/> Endocrino/Crecimiento | <input type="radio"/> Retrasos Mentales | <input type="radio"/> Espina bífida |
| <input type="radio"/> Autismo | <input type="radio"/> Problemas de Vista | <input type="radio"/> Problemas Sociales/Personalidad | |
| <input type="radio"/> Sangrado/transfusiones | <input type="radio"/> Infecciones Frecuentes | <input type="radio"/> Dolores de Cabeza | <input type="radio"/> Problemas Amígdala/Adenoides |
| <input type="radio"/> Trastornos de la sangre | <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | | | |

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____