

REGISTRACION DE NUEVO PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PATIENT I.D. # _____



Fecha: _____

Nombre: _____
PRIMERO MEDIO ÚLTIMO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad (años-meses): ____ - ____ Sexo: M / F Altura: ____ Peso: ____ lbs

Dirección del paciente: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Número de teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Número del Celular: (____) _____ - _____

Pariente Legal de este paciente: _____
PRIMERO MEDIO ÚLTIMO

Dirección del Pariente Legal: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento de **Pariente Legal**: ____/____/____ Teléfono Adicional: (____) _____ - _____

Empleador: _____ Número del Trabajo: (____) _____ - _____

Dirección electrónica: _____

Prueba de Parentesco Legal es requerido, conforme se necesite (ejemplo: divorcio, adopción, cuidado forense) Yo he proveído prueba de parentesco legal, conforme se necesite: SI / NO

Relación del guardián con el paciente: _____

Quien es el Pediatra de tu niño/a? _____ No. De Teléfono: (____) _____ - _____

Quien te refirió a esta Oficina? Nombre del Pediatra que te refirió _____
NOMBRE

O, del Dentista General _____ o, amigo/a _____
NOMBRE NOMBRE

O, alguien más (ejemplo, Páginas Amarillas, anuncio, etc.) _____

ASEGURANZAS: DENTAL Y MEDICAL

Nombre del Asegurado: _____ # de Seguro Social del Asegurado ____ - ____ - ____
PRIMERO ÚLTIMO

Pago de Cobertura (chequea todas si así se aplica): Medicaid ____ Aseguración ____ No Aseguración ____

Nombre de Compañía Dental: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____/____/____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Relación del Paciente con el Asegurado: Usted mismo / Hijo/Hija / Nieto / Otro _____

Nombre de la Compañía Médica: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado (si es que el asegurado no es el paciente) ____/____/____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Relación del Paciente con el Asegurado: Usted mismo / Hijo/Hija / Nieto / Otro _____

FAVOR DE LEER ANTES DE PROCEEDER

NOMBRE PACIENTE _____

Ayúdanos a entender mejor **las necesidades únicas de tu hijo y tu familia**. La mayoría de las preguntas son muy especificadas. Por favor sea cuidadosa en su respuesta, para poder optimizar la experiencia de tus niños y nuestro cuidado dental.

INFORMACION FAMILIAR

| Siblings (i.e., hermanos, hermanas) | Sexo | Edad | Vive en la misma casa | Paciente de Just for Grins? |
|-------------------------------------|-----------|------|-----------------------|------------------------------------|
| EJEMPLO: Jonathan | Masculino | 3 | Si/No | Si/No |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Fuera de los tutores legales y hermanos, hay alguien más que viva en la misma casa del paciente? SI / NO _____
SI SÍ, QUIEN _____

El paciente también vive en otra casa (ejemplo: otro tutor, abuelos): SI / NO _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

Paciente fue nacido a las _____ semanas de gestación Pesó al nacer: _____ midió al nacer: _____

Anormalidades del embarazo: _____ Anormalidades al nacer/defectos congénitos: _____

Favor de circular uno: Parto vaginal / Cesárea planeada / Cesárea inesperada

Qué drogas la mamá uso durante el embarazo? _____

Embarazo de alto riesgo? SI / NO Madre recibió cuidado prenatal de un especialista profesional: SI / NO

Paciente fu entubado?: SI / NO Paciente estuvo hospitalizada?: SI / NO Si, si cuánto tiempo? _____

HISTORIA DIETETICA

Amamantado hasta que edad _____ Uso biberón hasta _____ Empezó vaso regular a la edad de: _____

Se durmió con biberón con leche y jugo?: SI / NO Si, si, hasta que edad: _____

Empezó a tomar leche 2% hasta la edad de: _____ No toma leche: _____

Empezó a comer comida solida a la edad de: _____ El niño se ahoga muy fácilmente: SI / NO

Causado por: Texturas / Ciertos comidas / Cantidades de comida

El niño/a tiene dificultad de masticar comida?: SI / NO

Tiene dificultad de tragar la comida: SI / NO

Historia de frecuentes vómitos: SI / NO

El niño tiene: Desorden alimenticio / Desorden de comer / Pica / Obesidad / Solo contempla la comida

Alergias a comidas: Ninguna ____ o si si, favor de anotar: _____

Favor de detallar otras restricciones dietéticas: _____

Favoritas comidas o bebidas: _____

Seguimiento de aperitivos (favor de marcar todo lo que aplica):

media mañana ____ media tarde ____ en cualquier salida ____ comidas salteadas ____

Favor de marcar todas las comidas que son una parte típica en la dieta de tu niño/a.

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| ____ Jugo (cualquier clase) | ____ Galletas de animalitos | ____ Aperitivos de goma | ____ Mermelada | ____ Aperitivo de fruta |
| ____ Leche de chocolate | ____ Limones | ____ Nueces | ____ Plátanos | ____ Leche |
| ____ Leche de fresa | ____ Barras de granola | ____ Chicle | ____ Cereal de Azúcar | ____ Yogurt |
| ____ Kool-Aid | ____ Paletas de hielo | ____ Dulce duro | ____ Nieve | ____ Galletas de Azúcar |
| ____ Sodas | ____ Cheetos | ____ Comida Frita | ____ Pasas | ____ Galletas de miel |
| ____ Te Frio | ____ Queso | ____ Crema de cacahuete | ____ Fruta seca | ____ Patatas fritas |

HISTORIA DE SALUD DENTAL

NOMBRE PACIENTE _____

Tu niño toma suplementos de fluoruro: SI / NO Dosis (mg)?: 0.25 / 0.50 / 1.0

El agua que toma su niño es suplementada de: pueblo / ciudad de _____ con fluoruro? SI / NO Agua bien? SI / NO

¿El niño bebe solamente el agua embotellada? SI / NO ¿La familia utiliza el agua del grifo para cocinar? SI / NO

Su niño se cepilla _____ veces por _____; uso de hilo dental _____ Veces por _____; Pasta dental con fluoruro: SI / NC

El cuidado dental en casa es: asistido / supervisado / no supervisado

Tu niño tiene problemas dentales inmediatos? SI / NO _____
SI SI, FAVOR DE DESCRIBIRHistoria de dolor de diente? SI / NO _____
SI SI, FAVOR DE DESCRIBIRHistoria de lastimaduras de boca / dientes / quijadas ? SI / NO _____
SI SI, FAVOR DE DESCRIBIR

La primer vista al dentista de tu niño fue: Ahora _____, o especifica otras fechas _____

Favor de chequear cuidado dental previo: Radiografías _____ Limpieza _____ Fluoruro _____ Examen _____

Historia de tratamiento dental bajo sedantes?: SI / NO Bajo anestesia general?: SI / NO

Historia de cuidado ortodontista (frenos, aparatos)?: SI / NO Con el Dr. _____ Cuando? _____

Tu niño tiene cualquier reacción a anestesia local (ejemplo: novacaine, etc.): SI / NO

TMJ (favor de marcar lo que aplique): sonido _____ Truena _____ No puede abrir _____ Tensión _____ Cualquier problemas _____

CUAL ES LA ACTITUD DE TU NINO ACERCA "DE IR AL DENTISTA?" Favor de marcar todo lo que aplique

| | | | | |
|-------------------|--------------|-----------------------|----------------|----------------|
| ___ No le molesta | ___ Bien | ___ Trata de evitarlo | ___ Preocupado | ___ Con pánico |
| ___ Calmado | ___ Contento | ___ Tenso | ___ Nervioso | ___ enojado |

Otro: _____

Si, es negativo, que piensas que le motiva tener esa actitud?

La actitud de mi niño es su última visita dental (ortodontista) fue: Nervioso _____ Ansiosos _____ Con pánico _____

En esa visita, que fue lo que se le hizo? Limpieza _____ Fluoruro _____ Examen _____ Rellenos _____ Extracciones _____

Como calificas **tu actitud** acerca de citas dentales? No le molesta _____ Nervioso _____ Preocupado _____ Con pánico _____**HABITOS ORALES** Favor de chequear todo lo que aplica (Hábitos presentes y pasados):

| | | | |
|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| ___ Chupa el dedo gordo | ___ Morderse las unas de los dedos | ___ Fumar cigarros | ___ Morderse las unas |
| ___ Chuparse las unas | ___ Respira por la boca | ___ Mastica tabaco | ___ Saca la lengua |
| ___ Usa / uso Chupón | ___ Mastica chicle | ___ Muerde el labio/cachete | ___ Muerde el pelo |
| ___ Chupa el labio/cachete | ___ Mastica hielo | ___ Chupa el labio | ___ Chupa pluma/lápiz |
| ___ Rechina los dientes | ___ Chupa dulces duros | ___ Chupa la cobija | ___ Ronca |
| ___ Chupa la mano | ___ Chupa limones | ___ Chupa la ropa | ___ Chupa labio |

INTERESES Y PASATIEMPOS DEL PACIENTE

NOMBRE PACIENTE _____

Intereses / Actividades / Deportes

Pasatiempos / Animales

HISTORIA SOCIAL / ESCOLAR / GUARDERIA

Nombre de escuela / guardería: _____ Grado: _____ Enseñado en casa: _____

Mi niño/a: hace amistades fácilmente / tiene dificultad haciendo amistades / es vergonzoso / es sociable

Tu niño/a recibió o recibe ayuda adicional en la escuela?: SI / NO

Tu niño/a recibió o recibe fisioterapia?: SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDOTu niño/a recibió o recibe terapia ocupacional?: SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDOTu niño/a recibió o recibe terapia del habla?: SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDOTu niño/a recibió o recibe psicoterapia?: SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDO

Mi niño se adapta fácilmente a nuevas situaciones: SI / NO

Por favor de completar la oración: Mi niño/a se adapta mejor a nuevas situaciones cuando/ si _____

HISTORIA DE DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO**C1**

- ___ Retraso Físico
- ___ Parálisis cerebral
- ___ Epilepsia/convulsiones
- ___ Autismo
- ___ Mutilación
- ___ Distrofia muscular
- ___ Osteogenesis imperfecta

C2

- ___ Falta de cuidados personales
- ___ Falto de lenguaje receptivo
- ___ Falta de lenguaje expresivo
- ___ Desabilidades de aprendizaje
- ___ Falta de movimiento
- ___ Falta de dirección del uno mismo
- ___ No capacidad de vivir independiente
- ___ Síndrome de Asperger

C3

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| ___ Physical/Motor delay | ___ PTSD | ___ Desabilidades de aprendizaje |
| ___ Desorden de sensorio | ___ Desorden del sueño | ___ Retraso cognitivo |
| ___ OCD | ___ Ansiedad | ___ Dificultad socializando |
| ___ ADHA / ADD | ___ ADHA /ADD con medicamento | ___ Retraso de lenguaje |
| ___ No-ambulativo | ___ Depresión | ___ Dificultad comunicación |
| ___ No-verbal | ___ Mutilacion propia | ___ Fobia |

___ psiquiátrico / psicologico el counseling: ___ historia ___ considerado en futuro próximo

Otra: _____

HISTORIA DE INMUNIZACION

___ Todas las vacunas hasta la fecha, según mi conocimiento

___ Objeción de conciencia a la inmunización ___ Tétano

___ Refuerzo de tétanos

Hospitalizaciones previas: Fecha/s _____ Por (condición o enfermedad): _____

Cirugías: SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDO

Tonsilectomía: SI / NO _____
CUANDO

Adnoideotomía: SI / NO _____
WHEN

Alergias o reacciones a:

Anestesia local: SI / NO Penicilina: SI / NO Cefalosporina: SI / NO Sulfonamidas: SI / NO
 Látex, hule: SI / NO Sedantes: SI / NO Insulina: SI / NO

Alergias a otros antibióticos: SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDO

Alergias a otras drogas SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDO

Alergias al medioambiente: SI / NO _____
SI, SI QUE TAN SEGUIDO

Historia personal o familiar de **Hipertermia Maligna** (alergia a anestesia general): SI / NO

My niño/a necesita antibiótico profilaxis antes de cual tratamiento dental: SI / NO

Medicinas que está tomando:

___ Esteroides ___ Insulina ___ Medicinas inmunosuprimidoras ___ Medicina psiquiátrica
 ___ Synthroid (tiroides) ___ Inhalador (asma) ___ Nebulizador (asma) ___ Anticonceptivo oral

Otras drogas (incluyendo medicinas sin receta, hierbas, vitaminas, etc.): _____

El niño/a tuvo o tiene lo siguiente:

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| ___ soplo cardiaco o prolapso de válvula mitral | ___ Problemas estomacales | ___ Enfermedad del corazón congénita |
| ___ Hipo glicemia | ___ Fiebre reumática | ___ Condición de tiroides |
| ___ Asma o condición respiratoria | ___ VIH o SIDA | ___ Tuberculosis |
| ___ Historia de trasplante | ___ Mal de convulsiones | ___ Anemia |
| ___ Mal de sangrar | ___ Mal del riñón | ___ Mal del hígado (ej. Hepatitis) |
| ___ Mal de endocrino | ___ Diabetes; insulina/control de dieta | ___ Cáncer / quimioterapia |
| ___ GERD (desorden de reflujo gastroesofagal) | ___ Radiación/terapia | ___ Dolores de cabeza |
| ___ Enfermedad de Crohn | ___ Deficiencia de vitamina B12 | ___ Fiebre alta inexplicada |
| ___ MTHFR (Deficiencia de la reductasa de methylenetetrahydrofolate) | ___ Reflujo | ___ Desorden de sueño |

Únicamente fisura labial ___ Únicamente fisura palatina ___ Fisura labial y palatina ___ Cirugía de reparación/reconstrucción?: SI / NO

Otras anomalías maxilofaciales _____

Otras condición/es: _____

Esta tu niño/a expuesta a humo de cigarrillo de segunda mano?: SI / NO

El niño tiene:

___ Repite agrio ___ Dolores abdominales ___ Indigestión ___ No puede subir de peso
 ___ Mal sabor al despertar ___ Dificultad al dormir ___ Mal sabor después de comer

CONSENTIMIENTO

NOMBRE PACIENTE _____

Permiso para una exanimación dental y/o tratamiento de un menor

Yo soy el padre/ madre o tutor legal del paciente nombrado arriba, quien es un niño/a menor de edad, y por la presente autorizó y doy consentimiento a para cualquier radiografía, fotografías, examimación, anestesia o tratamiento dental brindado bajo la supervisión general, directa o indirecta de **Just for Grins Pediatric Dentistry**.

Esta autorización queda en efecto hasta que sea cancelada por mi, **por escrito**.

FIRMA DEL PARIENTE/TUTOR LEGAL

NOMBRE DEL PARIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE DEL TESTIGO

FECHA

Las siguientes persona (s) pueden acompañar y/o autorizar tratamiento dental para este paciente menor de edad y hacer decisiones por mi (ej.: el pariente/tutor legal) que se indica(n) abajo. Por favor sepa que para poder autorizar tratamiento, la persona nombrada tiene que tener 18 años de edad o más. **Just for Grins Pediatric Dentistry** se reserva el derecho de posponer la entrega de tratamiento en ciertos casos cuando el pariente legal o tutor no estén presentes.

| Nombre | Relación con el paciente | Puede acompañar | Puede autorizar tratamiento |
|---------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|
| EJEMPLO: Jane Smith | Tía | Si / No | Si / No |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FIRMA DEL PARIENTE/TUTOR LEGAL

NOMBRE DEL PARIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE DEL TESTIGO

FECHA

FAVOR DE TENER CONOCIMIENTO DE LO SIGUIENTE

Solamente un pariente/tutor legal puede acompañar al paciente al cuarto de examen/tratamiento. Los Guardianes tienen la opción de cambiar lugares con el guardián alterno. Otros niños y guardianes deben de esperar en el área de la recepción. Cuestiones de responsabilidad prevalecen. Just for Grins Pediatric Dentistry no es responsable por niños no supervisados en el área de recepción. Gracias por tu consideración en este asunto.

INICIALES