

# 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 \_\_\_\_ Asegurancia \_\_\_\_ No Asegurancia \_\_\_\_

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 <b>Just for Grins?</b>
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 DESCRIBIR

Historia de dolor de diente? SI / NO \_\_\_\_\_  
SI SI, FAVOR DE DESCRIBIR

Historia 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 NIÑO 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

Adnoideoctomía: 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