

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 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

<input type="checkbox"/> No le molesta	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Trata de evitarlo	<input type="checkbox"/> Preocupado	<input type="checkbox"/> Con pánico
<input type="checkbox"/> Calmado	<input type="checkbox"/> Contento	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Nervioso	<input type="checkbox"/> 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):

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

REPORTADO	CONFIRMADO	REPORTADO	CONFIRMADO	REPORTADO	CONFIRMADO
<input type="checkbox"/> Retraso Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de cuidados personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADHA / ADD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de lenguaje receptivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADHD /ADD con medicamento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de lenguaje expresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desabilidades de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mutilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de dirección del uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No capacidad de vivir independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desorden de sangrado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cancer / Quimoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deshabilidad de escuchar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fobia _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Labio leporino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Condicion del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retraso cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> History of serious illness / operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PTSD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anormalidad congénital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV o HEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipoglycemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mutilacion propia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deficiencia Immune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desorden de sensorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desorden del Rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desorden del sueno	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tratamiento de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desorden del higado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dificultad socializando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorden de sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MTher deficiencia de enzyna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Lastimadura de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OCD	<input type="checkbox"/>		

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