

# Harrisburg Pediatric Dentistry

4079 Harris Square Drive | Harrisburg, NC 28075 | 704-377-3688



## Información del Nuevo Paciente

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

### 1 Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Números Telefónicos: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_ Altura \_\_\_\_

Pasatiempos/Intereses Favoritos \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela o guardería infantil \_\_\_\_\_

Niño/a vive con:  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_  
(si otro, cual es la relación al niño)

Ha viajado su hijo/a fuera de los EE. UU. En los últimos 12 meses?: Si No Adónde? \_\_\_\_\_

Nombre y Edad de Hermanos/Hermanas: \_\_\_\_\_

Pediatra del paciente \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_

Cuando fue la última cita al pediatra de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Como encontró a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### 2 Información del Padre/Guardian

**Nombre de la Madre o Guardián** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(si es diferente de arriba)

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Casa/Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Numero del trabajo \_\_\_\_\_

**Nombre de el Padre o Guardián** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(si es diferente de arriba)

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Casa/Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia** (Amigo/Familiar que no viva con usted) \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Casa/Celular \_\_\_\_\_ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

### 3 Información del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación Hacia el Niño o la Niña \_\_\_\_\_

Seguro Social de Asegurado # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_

### 3 Información del Seguro (continuación)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Autorizo que los pagos de los beneficios dentales que en general serían pagados a mi directamente, sean hechos a Harrisburg Pediatric Dentistry.** IE recibido los siguientes planes de tratamiento y honorarios. Entiendo que soy responsable de los cargo por el tratamiento y los materiales no cubiertos por mi seguro dental, a menos que la practica tenga un contrato directo con mi plan prohibiendo el cobro total o parcial de dichos cargos. En el limite de la ley, Yo autorizo que se de información en relación con los pagos del seguro.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 4 Historial Médico

Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes problemas médicos? (Marque con un circulo la respuesta adecuada

Si No Alergias	Si No Cáncer/quimioterapia	Si No Soplo cardiaco
Si No Anemia o trastorno en la sangre	Si No Parálisis cerebral	Si No Hepatitis o problemas de hígado
Si No Asma o fiebre de heno Indique el tipo y los medicamentos actuales: _____	Si No Defecto cardiaco congénito Si es asi, se requiere pre medicación? Si No	Si No VIH/SIDA
Si No Autismo	Si No Convulsiones, desmayos, o epilepsia	Si No Trastorno de aprendizaje
Si No Problemas de vejiga o riñón	Si No Enfermedades de la infancia	Si No Problemas psicológicos o emocional
Si No Sangrados/moretos fácilmente	Si No Diabetes	Si No Fiebre reumática
Si No Trasfusión de sangre	Si No Síndrome de Down	Si No Trastorno de habla
Si No Presión alta/baja	Si No Discapacidad	Si No Tuberculosis
Si No Bronquitis	Si No Discapacidad auditiva	

Su hijo/a es alérgico a unas de estas drogas?  Penicilina  Amoxicilina  Eritromicina  Codeína  Anestésico dental

Su hijo/a es alérgico a otras drogas? Si No En caso que si, por favor liste: \_\_\_\_\_

Su hijo/a es alérgico a?:  Látex  Colorante rojo  Huevos  Nueces  Drogas  Otro, por favor liste: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene las inmunizaciones corriente? Si No Por favor explique: \_\_\_\_\_

Liste los medicamentos que su hijo/a este tomando actualmente: \_\_\_\_\_

### 5 Historial Dental

Fecha de la Última Visita Dental \_\_\_\_\_ Nombre del Dentista \_\_\_\_\_

Tiene Registros Actuales (incluidos los rayos X) de Otra Práctica? Si No

Su Hijo/a se ha quejado de algún problema dental? \_\_\_\_\_

Alguna lesión o cirugía en la boca, dientes o cabeza? Si No En caso que si, describa: \_\_\_\_\_

Su hijo/a todavía usa biberón o vasito de entrenamiento? Si No Que bebe su hijo/a normalmente? \_\_\_\_\_

Su hijo/a se cepilla los dientes diariamente? Si No Cuantas veces? \_\_\_\_\_

Usted ayuda a su hijo/a a cepillarse? Si No Cuantas veces? \_\_\_\_\_

Su hijo/a usa hilo dental? Si No

**Por favor marque cada casilla si su hijo/a tiene alguno de los siguientes hábitos:**  Se chupa el pulgar

Respira por la boca  Chupón  Se muerde las uñas  Se chupa los dedos  Rechina los dientes  Otro: \_\_\_\_\_

**Como recibe fluoruro su hijo/a?**

Agua  Dentista  Pasta de dientes  Vitaminas  Tableta  Ninguna  Otro: \_\_\_\_\_

Cual es la actitud de su hijo/a hacia al dentista? \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy y su mayor preocupación: \_\_\_\_\_

**He recibido los siguientes planes de tratamiento y honorarios. Entiendo que soy responsable de los cargos por el tratamiento y los materiales no cubiertos por mi seguro dental, a menos que la practica tenga un contrato directo con mi plan prohibiendo el cobro total o parcial de dichos cargos. En el limite de la ley, Yo autorizo que se de información en relación con los pagos del seguro.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación Hacia el Niño o la Niña \_\_\_\_\_