

Medical History  
reviewed by

## Bienvenido a Great Grins Children's Dentistry, PLLC!

Bienvenido a Great Grins. Nos sentimos honrados que ha confiado la atención de su hijo/a a nosotros. Nos enorgullecemos en proveer una experiencia confortable y hogar dental para niños y sus familias.

Información Familiar		Fecha de Nacimiento
Nombre del Paciente	Apodo	Sexo
Dirección	Ciudad	Estado
Código Postal		
Hermanos/a y edades		
Son sus hermanos/a pacientes de Grins Grins? S N		
¿Es hijo/a adoptivo? S N En caso afirmativo, lo sabe niño/a? S N		
¿Quién acompaña al paciente a esta cita?		
A quien le podemos dar las gracias por haberlos recomendado a Great Grins? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Pediatra		
<input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Otro		

### Contacto de Emergencia- Además de sus padres o tutores

Nombre \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Información de las Personas Responsables	
<b>Madre/Tutor Legal</b>	<b>Papa/Tutor Legal</b>
Nombre _____	Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Nacimiento _____
¿Tiene custodia legal del paciente? S N	¿Tiene custodia legal del paciente? S N
SS# _____ # de licencia _____	SS# _____ # de licencia _____
Dirección (Si es diferente al del paciente) _____	Dirección (Si es diferente al del niño) _____
Estado Civil: Casada Soltera Separada Divorciada	Estado Civil: Casado Soltero Separado Divorciado
# de hogar _____ # Cell _____	# de hogar _____ # Cell _____
# de trabajo _____ Podemos contactar? Y N	# de trabajo _____ Podemos contactar? Y N
Madre empleada por _____	Padre empleado por _____
Ocupación _____	Ocupación _____

Persona financieramente responsable por esta cuenta: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

(Usted recibirá recordatorios de mensaje de texto o correo electrónico para confirmaciones de cita)

Información Sobre Seguro Dental (No se necesita si la tarjeta esta presente)	
<b>Primaria</b>	
Nombre del Asegurado _____	
Nombre de Compañía de Seguros _____ # del Grupo _____	# de Identificación _____
Dirección de Compañía de Seguros _____	# de teléfono _____
<b>Secundaria</b>	
Nombre del Asegurado _____	
Nombre de Compañía de Seguros _____ # del Grupo _____	# de Identificación _____
Dirección de Compañía de Seguros _____	# de teléfono _____

## Historia Medica

En su opinión esta su hijo/a en buen estado de salud? **S** **N** Si la respuesta es no favor de explicar \_\_\_\_\_

Nombre del médico del paciente \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Posta \_\_\_\_\_

### Ha tenido su hijo/a alguna vez alguno de los siguientes?

S N	S N	S N	S N	S N
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Problemas de Hígado	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vejiga	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Labio leporino/hundido	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Problemas de Visión	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Fiebre del Valle	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Problemas Emocionales	<input type="checkbox"/> Válvulas Cardiacas
<input type="checkbox"/> Asma (último ataque _____)	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> Problemas Endocrinos	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Bajo de peso al nacer	<input type="checkbox"/> Gripe Frecuentes	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> VSR
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Presión Baja	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Prob. de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> Sangrado persistente por la Nariz
<input type="checkbox"/> Desmayos		<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiacos	
<input type="checkbox"/> Otro, favor de explicar _____				

Necesita pre medicación antes del tratamiento dental? **S** **N** Porque? \_\_\_\_\_

Es su hijo/a alérgico a algún medicamento o sustancias? **S** **N** Favor de explicar \_\_\_\_\_

Su hijo/a actualmente está tomando algún medicamento (incluyendo suplementos dietéticos, vitaminas o hierbas medicinales)? **S** **N**  
Por favor dar medicamentos, dosis y razón: \_\_\_\_\_

El paciente ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? **S** **N**

Favor de explicar? \_\_\_\_\_

Están las vacunas del paciente al día? **S** **N** Si la respuesta es no, favor de explicar \_\_\_\_\_

Desea más privacidad cuando se habla de historia de la salud de su hijo? **S** **N**

**Adolescentes:** Esta embarazada? **S** **N** Esta tomando medicamentos anticonceptivos? **S** **N**

## Historia Dental

Es esta la primera visita al dentista? <b>S</b> <b>N</b>	<b>Alguno de los siguientes se aplican a su hijo/a?</b>
Si no, cuánto tiempo desde la última visita? _____	Bocadillos entre comidas? <b>S</b> <b>N</b> Leche de Pecho? <b>S</b> <b>N</b>
Nombre de dentista previo (si aplica): _____	Duerme con biberón? <b>S</b> <b>N</b> Chupon (Pacificador) <b>S</b> <b>N</b>
Motivo de separación del dentista? _____	Rechina los dientes? <b>S</b> <b>N</b> Se chupa el/los dedo? <b>S</b> <b>N</b>
Tiene alguna preocupación o pregunta dental? _____	Vaso infantil (Sippy)? <b>S</b> <b>N</b> Dedos en la boca? <b>S</b> <b>N</b>

Ha experimentado su niño alguna reacción desfavorable de atención médica o dental anterior? **S** **N**

Favor de explicar \_\_\_\_\_

### Cuidado Dental:

Cuántas veces se cepilla los dientes su hijo/a? ____ Hilo Dental? ____	El paciente utiliza enjuagues de fluoruro bucal? <b>S</b> <b>N</b>
Es supervisado al cepillar/hilo dental? <b>S</b> <b>N</b>	El paciente recibe suplemento de fluoruro? <b>S</b> <b>N</b>
Por quien? _____	El paciente utiliza pasta dental con fluoruro? <b>S</b> <b>N</b>

## Autorización y Liberación

La información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta información es necesaria para aportar a mi niño/a con cuidado dental de una manera segura y eficiente. Si se requiere información adicional, usted tiene mi permiso para pedir la respectiva asistencia médica o agencia, que puede compartir dicha información. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo/a o el uso de medicamentos. Yo autorizo a Great Grins Children's Dentistry, P.L.L.C. (Angela M. Wolfman, D.D.S. & Kedar S. Lele, D.D.S.) para llevar a cabo procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental apropiado.

**Favor de tomar nota:** Si su niño/a necesita tratamiento de restauraciones, le pedimos que usted nos permita desarrollar una relación de confianza con su hijo/a y no permanecer en la sala de tratamiento. Puede acompañar su hijo/a atrás para permitir que él/ella este confortable y luego le pediremos que espere en la sala de recepción. La experiencia nos ha demostrado que los niños realmente hacen mejor sin sus padres en la sala de tratamiento. Usted es más que bienvenido a regresar para otras visitas de rutina como limpiezas.

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_