

Bienvenidos

Seaside Smiles
Susan E. Vickers, DMD, MS
Info@SeasideSmilesMD.com



Formulario para la Historia de Salud

Fecha: _____

AVISO: El pariente quien acompaña el (la) niño (a) será responsable de pagar por los servicios el mismo día del tratamiento.

1. Datos Personales del paciente:

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Apodo: _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Teléfono Casa: (____) - _____ - _____

Dirección de la Casa: _____

Ciudad Estado Código

No. de seguro social: _____

* A quién podemos agradecer por referirlos a la oficina?

2. Información de la madre:

Nombre: _____

Madre Madrastra Guardián

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Empresa: _____

Teléfono Trabajo: (____) - _____ - _____

Teléfono Casa: (____) - _____ - _____

Teléfono Celular: (____) - _____ - _____

No. de seguro social: _____

No. de licencia de manejo: _____

3. Información del padre:

Nombre: _____

Padre Padrastra Guardián

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Empresa: _____

Teléfono Trabajo: (____) - _____ - _____

Teléfono Casa: (____) - _____ - _____

Teléfono Celular: (____) - _____ - _____

No. de seguro social: _____

No. de licencia de manejo: _____

4. Contacto de Emergencia que no viva con Ustedes:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: (____) - _____ - _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: (____) - _____ - _____

5. Persona Responsable por la Cuenta:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad Estado Código

No. Teléfono: (____) - _____ - _____

6. Seguro Dental Primario:

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección de la compañía: _____

No. Teléfono: (____) - _____ - _____

Número Grupal: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____

Parentesco con al paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

No. de seguro social: _____

Empresa donde usted trabaja: _____

7. Seguro Dental Adicional:

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección de la compañía: _____

No. Teléfono: (____) - _____ - _____

Número Grupal: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____

Parentesco con al paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

No. de seguro social: _____

Empresa donde usted trabaja: _____

8. Historia Dental

¿Es la primera vez que su niño visita al dentista? _____
¿Si no, hace cuánto tiempo visitó al dentista? _____
Nombre del dentista anterior: _____
¿Tomaron rayos equis anteriormente? _____
¿Ha sufrido alguna herida a los dientes, la cara o la boca? _____

Explica un poco: _____

¿Por qué trajo a su niño(a) al dentista hoy? _____

¿Su niño(a) tiene algunos de los siguientes hábitos?

- SI o NO Chuparse o Morderse los labios
- SI o NO Morderse las uñas
- SI o NO Chuparse el pulgar o los dedos
- SI o NO Lactancia o usa biberón

¿Su niño(a) ha tenido un problema grave o difícil asociado con el trabajo dental anterior? SI o NO

Si la respuesta es sí, por favor explica un poco: _____

- ¿Es el agua de su niño(a) con flúor? SI o NO
- ¿Está tomando suplementos de flúor su niño(a)? SI o NO
- ¿Ha tenido dolor o sensibilidad en la mandíbula? SI o NO
- ¿Su niño(a) cepilla los dientes todos los días? SI o NO
- ¿Su niño(a) usa hilo dental todos los días? SI o NO

El médico de su niño(a): _____

No. Teléfono: (_____) - _____ - _____

¿Esta su niño(a) bajo el cuidado de un médico ahora?
SI o NO

Describe la salud física actual del niño(a):
BIEN ACEPTABLE MAL

9. Historia de la Salud

¿Su niño ha tenido algunos de los siguientes condiciones?

- SI o NO Sangrado anormal
- SI o NO Alergia a algún medicamento
- SI o NO Cualquier estancia en el hospital
- SI o NO Asma
- SI o NO Cáncer
- SI o NO Defectos congénitos de nacimiento
- SI o NO Convulsiones o Epilepsia
- SI o NO Embarazo
- SI o NO Tuberculosis
- SI o NO ADD/ ADHD
- SI o NO Discapacidades o Necesidades Especiales
- SI o NO Discapacidad auditiva
- SI o NO Enfermedad cardiaca o murmullo del corazón
- SI o NO Hemofilia o Enfermedad de la sangre
- SI o NO Hepatitis
- SI o NO VIH/ SIDA
- SI o NO Enfermedades de los riñones o del hígado
- SI o NO Reumático o Escarlatina
- SI o NO Alguna alergia a los productos de látex
- SI o NO Diabetes
- SI o NO Autismo

-Díganos de cualquier condición médica grave que su niño(a) haya tenido: _____

-Anotar todas los medicamentos que su niño(a) está tomando ahora: _____

-Anotar todos los medicamentos que su niño(a) es alérgico a: _____

Nuestra oficina está comprometida con cumplir o superar los estándares de control de la infección por el mandato de OSHA, los CDC y la ADA.

Entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que será en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Le doy permiso al personal dental para hacer todos los servicios dentales necesarios que mi hijo/a pueda necesitar. Le asigno todos los pagos de mi compañía de seguro directamente a Dra. Vickers. Yo soy responsable de los pagos de todos los servicios, incluyendo los copagos y deducibles. Autorizo el uso de esta firma en todas las comunicaciones de seguros.

Firma del padre

Fecha

Parentesco

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Yo verbalmente revisado la información médica / dental con el padre / guardián y paciente nombrado en este documento.

Inicial _____ Fecha _____

Comentarios del docto _____

