

# POISET AND ASSOCIATES • PEDIATRIC DENTISTRY AND ORTHODONTICS

MITCHELL POISET, DDS TRACY HAGAN, DMD SHAY BRANNAN, DDS JODI MCGRADY, DMD

7930 Frost Street, Suite 101, San Diego, CA 92123 • 858-492-9977

## INFORMACION PERSONAL

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (a) \_\_\_\_\_ Sexo (F) (M)

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Nombre y edad de sus hermanos \_\_\_\_\_

Nombre y edad de sus hermanas \_\_\_\_\_

Su niño(a) es adoptado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es adoptado, el niño(a) lo sabe? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Estado marital de los padres: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Vuido \_\_\_\_\_

Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_ Familia/Amigo \_\_\_\_\_

Páginas Amarillas  Google  Yahoo  SD Family Magazine  Escuela  Directorio Militar  Compañía de seguro

De qué manera prefiere usted que lo contactemos para recordarle de sus citas?

Email  Mensaje de Texto  Teléfono:  Casa  Celular  Trabajo

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número y Estado de licencia ó ID: \_\_\_\_\_

Trabajo:

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número y Estado de licencia ó ID: \_\_\_\_\_

Trabajo:

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Con quién vive el paciente? \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia que no vive en la misma dirección:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# HISTORIA DENTAL

Cual es el propósito de su visita de hoy al dentista? \_\_\_\_\_

Esta es la primera vez que su hijo(a) visita al dentista? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si su respuesta es no. Indique cuando fué la última visita: \_\_\_\_\_

Indique si su hijo(a) ha tenido problemas dentales ó médicos en el pasado: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Indique si el niño(a) tiene alguno de los siguientes habitos:

Si No Usa mamila ó chupón Si No Se chupa el dedo/el labio Si No Se muerde las uñas u objetos duros Si No Choca los dientes

Con qué frecuencia se cepilla el niño(a) los dientes? \_\_\_\_\_

Usa el hilo dental? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Usted le ayuda a usarlo? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Esta tomando el niño cualquier fluoruro suplementario? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Tabletas \_\_\_\_ Gotas \_\_\_\_ Agua \_\_\_\_ Gel \_\_\_\_ Enjuague \_\_\_\_

Su hijo(a) está recibiendo tratamiento de ortodoncia? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Ha sufrido su hijo(a) alguna lesión en la boca, cara o dientes? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Que fué lo que pasó? \_\_\_\_\_

Como describiría los hábitos alimenticios de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

# HISTORIA MEDICA

Nombre del Médico ó Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de indicar cualquier otra condición médica, física o emocional seria que tenga ó haya tenido el niño(a) \_\_\_\_\_

Favor de indicar si el niño(a) ha sido hospitalizado ó tenido algun tipo de cirujía: \_\_\_\_\_

Actualmente el niño está tomando algun medicamento? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si respondió que sí, favor de indicar que medicamentos: \_\_\_\_\_

El niño tiene alguna condición médica hereditaria, de nacimiento ó algún síndrome? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Indique si el niño padece de algún tipo de autismo ó Síndrome Asperger? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Su hijo(a) ronca? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Su hijo(a) tiene sus vacunas actualizadas? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Indique si nació prematuro: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

Indique las enfermedades que ha tenido el niño (a):

- |  |                                     |                                    |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| Si No Fiebres Altas                      | Si No Soplo en el Corazon           | Si No Hemofilia / Sangrado anormal |
| Si No Problemas del Oído ó Naríz         | Si No Defecto Congenito del Corazon | Si No Cancer ó Tumores             |
| Si No Reflujo                            | Si No Problemas de Riñon/Hígado     | Si No Alergias a Medicamentos      |
| Si No Inflamación de Adenoides ó Anginas | Si No Alergias al Látex             | Si No Tuberculosis                 |
| Si No Solamente respira por la boca      | Si No Parálisis Cerebral            | Si No SIDA / HIV positivo          |
| Si No Problemas de la Vista              | Si No Diabetes                      | Si No Asma / Problemas Pulmonares  |
| Si No Sordera                            | Si No Artritis                      | Si No Problemas de Tiroide         |
| Si No Fallas de Aprendizaje/ Desarrollo  | Si No Anemia                        | Si No Alergias a comida            |
| Si No Hiperactividad/ ADD                | Si No Transfusiones de Sangre       |                                    |
| Si No Convulsiones / Epilepsia           | Si No Hepatitis                     |                                    |

Yo afirmo que la información proporcionada es correcta y será archivada confidencialmente. Me responsabilizo de informar al dentista cualquier cambio. También, autorizo al dentista brindar los servicios dentales necesarios para mi hijo(a).

Firma del Padre ó Tutor

Fecha

Dentist's Review _____ _____ Signature Date
---

Update _____ _____ Signature Date
---

Update _____ _____ Signature Date
---

Update _____ _____ Signature Date
---