



Poiset and Associates

Pediatric Dentistry and Orthodontics

Mitchell Poiset, DDS - Shay Brannan, DDS - Jodi McGrady, DMD - Kevin Menzie, DMD, MS

7930 Frost Street, Suite 101

San Diego, CA 92123

Phone 858-492-9977

Fax 858-492-9910

www.poisetandassociates.com

Porfavor, Háblenos de Su Hijo

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Sobrenombre: _____ Hombre Mujer

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

Escuela que atiende?: _____

¿El niño es adoptado? Sí No ¿El niño lo sabe?: Sí No

Nombres y edades de hermanos(as): _____

Historia Dental

¿Es esta la primera visita del niño al dentista? _____ Sí No

¿Alguna experiencia desfavorable en otra oficina dental? _____ Sí No

¿Alguna preocupación específica sobre los dientes _____ Sí No

Porfavor explique, si es necesario: _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el niño?

0 1 2 3

¿El niño usa el hilo dental todos los días? _____ Sí No

¿Algún adulto lo ayuda cepillar y usar el hilo dental? _____ Sí No

¿Utiliza pasta de dientes con fluoruro? _____ Sí No

¿Utiliza algún producto con fluoruro adicional? _____ Sí No

Enjuague Bucal Gel Agua Tabletas ó Gotas

¿El niño ha tenido o necesita tratamiento de ortodoncia? _____ Sí No

¿El niño es amamantado? _____ Sí No

¿El niño usa biberón o taza entrenadora? _____ Sí No

Si contestó sí, ¿El niño usa biberón ó taza para dormir? _____ Sí No

¿Tiene algún dolor ó síntoma de la quijada(TMJ)? _____ Sí No

¿El niño ha tenido alguna lesión en la boca o cara? _____ Sí No

Si respondió sí, porfavor describa: _____

¿El niño tiene alguno de los siguientes hábitos?

Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa chupón		Rechina los dientes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chupa el dedo ó pulgar		Se muerde las uñas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Succiona o chupa el labio		Empuje lingual	

Health History

¿El niño ha tenido alguna enfermedad seria? _____ Sí No

¿El niño ha sido hospitalizado? _____ Sí No

¿El niño ha tenido alguna cirugía? _____ Sí No

¿El niño tiene algún syndrome o transtorno genetico? _____ Sí No

¿Algún defecto congénito o craneofacial? _____ Sí No

¿Alguna discapacidad física o mental? _____ Sí No

¿El niño tiene algún tipo de autismo? _____ Sí No

¿El niño ha tenido alguna condición relacionada con la siguiente lista?

Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón Defecto Congénito		Retraso Mental	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonar		Retraso del habla	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón		Hiperactividad / ADD	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hígado/Hepatitis		Integración Sensorial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Endocrino		Discapacidad de la Visión	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes		Discapacidad Auditiva	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestiva		Convulsiones ó Epilepsia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo Ácido / GERD		Nacimiento Prematuro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiac ó Intestino Irritable		Parálisis Cerebral	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia		Fiebres Altas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transtorno de la Sangre		Infecciones del Oído	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia		Sinusitis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer ó Tumores		Eczema	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia		Enfermedad de la Piel	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH+ / SIDA		Tuberculosis (TB)	

Porfavor explique condiciones médicas, si es necesario: _____

Porfavor indique alergias (medicamentos, comida, látex): _____

Porfavor indique los medicamentos que el niño está tomando: _____

¿El niño tiene algún problemas de respiración de la siguiente lista?

Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma		Amígdalas/Adenoides Agrandadas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias al ambiente		Apnea del sueño	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roncar		Dificultad para respirar por la nariz	

Médico del Niño: _____

Teléfono: (____) _____

Entiendo que la información que he dado en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo. Yo autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales que mi hijo necesite.

Firma del Padre/Tutor

Nombre impreso del Padre/Tutor

Fecha

Dentist's Review
Signature Date

Update
Signature Date

Update
Signature Date

Update
Signature Date

Update
Signature Date

Update
Signature Date