



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ M / F Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Adulto Responsable #1

Estado Civil:  Casado  Divorciado  Soltero  Viudo

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

N.º Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
N.º Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ N.º Celular #: \_\_\_\_\_

N.º Seguro Social: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico /E-Mail \_\_\_\_\_

### Adulto Responsable #2

Estado Civil:  Casado  Divorciado  Soltero  Viudo

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

N.º Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
N.º Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ N.º Celular #: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

N.º Seguro Social: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico/E-Mail \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

N.º Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
N.º Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ N.º Celular #: \_\_\_\_\_

Seguro Dental Principal: \_\_\_\_\_  Sin Seguro Dental

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

N.º de Grupo (Plan, Local o N.º Póliza): \_\_\_\_\_

Teléfono de Compañía de Seguros: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Domicilio de la Compañía de Seguros/P.O.Box: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Secundario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo ( Plan, Local o N.º Póliza): \_\_\_\_\_

Teléfono de Compañía de Seguros: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Domicilio de la Compañía de Seguros/P.O.Box: \_\_\_\_\_

## Antecedentes médicos Pediátricos:

Farmacia y Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de Farmacia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre/Domicilio/Teléfono de Médico Primario: \_\_\_\_\_

Nombre/Domicilio/Teléfono de Especialistas Médicos: \_\_\_\_\_

¿Está siendo tratado por algún médico su hijo/a en este momento? Razón: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a esta al día con las vacunas contra las enfermedades de la infancia? \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo/a alguna vez hospitalizado, tuvo una cirugía o una lesión significativa o ha sido tratado en una sala de emergencias? OSí ONo Si la respuesta es sí, indique la fecha y describa \_\_\_\_\_

### Nacimiento / Desarrollo

Complicaciones Sí No  
 Condición de prematuro Sí No  
 Defectos de nacimiento Sí No  
 Síndromes Sí No  
 Afecciones heredadas Sí No  
 Problemas de desarrollo Sí No  
 Autismo Sí No

### Sangre

Hemofilia u otro trastorno de sangre Sí No  
 Anemia Sí No  
 Rasgo/Enfermedad Anemia falciforme Sí No  
 Transfusión de sangre Sí No  
 Sangrados frecuentes Sí No

### Digestivo

Sobrepeso o por debajo del peso apropiado Sí No  
 Hepatitis o problemas hepáticos Sí No  
 GERD o reflujo de ácido Sí No  
 Úlceras de estómago Sí No  
 Alergias a alimentos, restricciones dietarias o sensibilidad al gluten Sí No

### Neurológicos / Fisiológicos

Visión, audición o habla defectuosa Sí No  
 Demora del desarrollo o discapacidad intelectual Sí No  
 Parálisis cerebral o lesión cerebral Sí No  
 Epilepsia o convulsiones Sí No  
 Estimulador del nervio vago Sí No  
 Cefaleas o desmayos frecuentes Sí No

### Cabeza y Cuello / Sueño

Sinusitis Sí No  
 Infecciones de amígdalas y adenoides Sí No  
 Ronquidos Sí No  
 Apnea del sueño Sí No  
 Realicé un estudio del sueño Sí No

### Antecedentes cancerígenos

Leucemia Sí No  
 Tumor Sí No  
 Otras malignidades Sí No  
 Cirugía Sí No  
 Radiación Sí No  
 Quimioterapia Sí No  
 Trasplante de órganos Sí No

Hidrocefalia o creación de una fistula (VP, VA, VV) Sí No

ADD/ADHD Sí No

Problemas psiquiátricos o de comportamiento Sí No

Depresión o ansiedad Sí No  
 Síndrome de Down Sí No

### Corazón

Defecto congénito del corazón Sí No  
 Soplo cardíaco Sí No  
 Cardiopatía reumática Sí No  
 Latido cardíaco irregular Sí No  
 Hipertensión arterial Sí No  
 Cirugía de corazón Sí No

### Respiratorio

Asma Sí No  
 Tosas o resfrío frecuentes Sí No  
 Bronquitis o neumonía Sí No  
 Tuberculosis ( TB ) Sí No  
 Fibrosis cística Sí No

Problemas de riñón o vesícula Sí No

### Eccema o otros problemas de piel

Sí No

### Enfermedad infecciosa

VIH / SIDA Sí No  
 Otros Sí No

### Musculoesqueletal

Articulación artificial Sí No  
 Artritis Sí No  
 Uso de brazos y piernas restringido Sí No  
 Escoliosis / lordosis / cifosis Sí No

### Antecedentes familiares:

Hipertermia maligna Sí No

### Endocrino

Diabetes Sí No  
 Problemas pituitarios o de tiroides Sí No  
 Pubertad precoz u otros problemas hormonales Sí No

### Solo Para Mujeres:

Ay probabilidad de que pueda estar embarazada? Sí No

¿Alergias a algún medicamento? OSí ONo Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación: \_\_\_\_\_

¿Alergia o reacción a alguno de lo siguiente? O Latex O Níquel/letal O Analgésico Dental O Sedantes O Soja O Yema de huevo O Nada

¿Toma medicamentos su hijo/a? OSí ONo Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación: \_\_\_\_\_

Notas del Dentista: \_\_\_\_\_

Cumplimos con HIPPA y estamos comprometidos a superar las normas obligatorias de control y infección indicadas por OSHA, el CDC y ADA.

- Solicito y autorizo el tratamiento y los procedimientos dentales para mi hijo menor, incluso la realización dradiografías dentales y el uso de analgésicos locales y/o óxido nitroso, si fuera necesario.
- Comprendo que Gold River Pediatric Dentistry será mi aseguradora dental como cortesía, pero yo soy el responsable de todos los gastos si la aseguradora no pagara por algún motivo.
- Comprendo que mi parte vence al momento de prestar el tratamiento. Por la presente autorizo el pago de beneficios dentales a Gold River Pediatric Dentistry.
- Acepto haber recibido los siguientes documentos: Ficha técnica de Materiales Dentales y Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPPA.

\_\_\_\_\_  
Firme con sus Iniciales

\_\_\_\_\_  
Firme con sus Iniciales

\_\_\_\_\_  
Firme con sus Iniciales

\_\_\_\_\_  
Firme con sus Iniciales

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

Relación con paciente: \_\_\_\_\_ ¿Puede ofrecer consentimiento legal para el tratamiento? OSí ONo

Firma del Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_