

**Sanford Pediatric Dentistry**  
**Antonio S. Braithwaite, DDS, MPH, PA**

**Información de Paciente**

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Número Social de Paciente \_\_\_\_\_

Hijo(a) vive con: Los dos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro/a \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor familiar o Pediatra de Paciente \_\_\_\_\_ Dentista familiar \_\_\_\_\_

Nombre de Hermanos(as):

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____

¿Cómo escuchó de Sanford Pediatric Dentistry?: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de la Persona Responsable**

**Madre**

Nombre \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de licencia de conductor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección si diferente de anterior \_\_\_\_\_

Número de teléfono de hogar \_\_\_\_\_ Número de teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Número de  
célular \_\_\_\_\_

**Padre**

Nombre \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de licencia de conductor \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección si diferente de anterior \_\_\_\_\_

Número de teléfono de hogar \_\_\_\_\_ Número de teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Número de  
célular \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Dental**

Nombre de asegurado(a) principal \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social de asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de asegurado \_\_\_\_\_ Emplé de asegurado principal \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de compañía de seguro \_\_\_\_\_

Número de Suscriptor. \_\_\_\_\_ Número de Grupo. \_\_\_\_\_

Número de teléfono de compañía de seguro \_\_\_\_\_

Yo declare autorizar pago de beneficios dental por lo demás pagadero directamente a mi visto desde arriba nombre entidad.

Firma de empleado/Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Historia Médica de Paciente:

¿Su hijo(a) ha tenido lo siguiente problemas  
médicas?

S N Alergias	S N Convulsiones/Epilepsia	S N Problemas de Pulmones
S N Anemia	S N Diabético	S N Desorden Mental
S N Asma	S N Drogas/Abuso de Alcohol	S N Desorden Nervioso
S N Pérdida de sangre	S N Desmayarse	S N Fiebre Reumática
S N Bronquitis	S N Hándicap/Incapacidad	S N Desorden de Hablar
S N Cáncer/Quimioterapia	S N Problemas de Audición	S N Tuberculosis
S N Parálisis Cerebral	S N Hepatitis	S N Tumor/Crecimiento
S N Congénito Corazón Defecto	S N SIDA	S N Atención Déficit
S N Murmullo Corazón	S N Obsesivo Compulsivo Desorden	Desorden/Atención Déficit
	S N Autismo	hiperactivo desorden
		S N Oposición Déficit
		Desorden
		S N Problemas de Riñón

¿Su hijo(a) ha experimentado otro físico o mental desorden que no está en la lista anterior? Si  No

Si es un Si, Por favor describe: \_\_\_\_\_

Comentarios de Doctor \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es alérgico a las siguientes drogas?

S N Penicilina      S N Amoxicillin      S N Erythromycin      S N Codeína      S N Anestesia dental

¿Su hijo(a) es alérgico a otras drogas? Si  No  Si es un Si lista \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es alérgico a látex, tinte rojo, huevos, o otra cosa que necesitamos estar de alerta? Si  No  Si es un Si lista \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) está presente bajo cuidado de un médico por una enfermedad? Si  No  Si es un si por favor  
explique \_\_\_\_\_

Lista cualquier droga o medicina presente que está tomando su hijo(a): \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha estado internado? Si  No  Si es un sí, por favor dé razones y fecha(s) \_\_\_\_\_

## Historia Dental:

¿Porque trajo a su hijo(a) a vernos hoy? \_\_\_\_\_

¿Es primera vez que su hijo(a) visite al dentista? Si  No

¿Su hijo(a) ha tenido problemas serios o dificultad asociado con anterior trabajo dental? Si  No  Si es un sí, por favor  
explique \_\_\_\_\_

Fecha de última visita en el dentista \_\_\_\_\_ Nombre del último dentista \_\_\_\_\_

Para qué servicio \_\_\_\_\_ ¿Tomaron rayo-x? Si  No

Si es un sí, ¿los rayos-x fueron mandado a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Fecha requerida \_\_\_\_\_

¿Cómo cree usted que su hijo(a) comportamiento será en nuestro  
oficina? \_\_\_\_\_

S N ¿Su hijo(a) se cepilla los dientes diarios?

S N ¿Usted asiste con su hijo(a) cepillándose los dientes?

S N ¿Hilo dental es usado?

S N ¿Su hijo(a) usa tipo de fluoruro?

S N ¿Hay costumbre de boca (chuparse el dedo, mordiese las unías, respire por la boca, costumbre de botella de enfermería,  
chupete, etc.)?

S N ¿Heridas en la boca, dientes, cabeza? Fecha \_\_\_\_\_

Nos permiten solicitar su hijo(a) documento médico? \_\_\_\_\_

Gracia por su ayuda. Si hay alguna información que usted siente que podrá ser de valor para nosotros en el tratamiento de su hijo(a),  
por favor de añadirlo aquí: \_\_\_\_\_

Yo doy mi consentir para necesidad dental tratamiento y uso propio y método aceptable para completar dijo tratamiento para mi  
hijo/a, (Nombre completo de hijo(a) \_\_\_\_\_). Yo acepto responsabilidad por pago de servicios rendido.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma (Pariente o Custodio/a)