



Castellano and Carpenter Dental Associates PC

MATRICULA DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre y apellido _____ Apodo/Sobrenombre _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de la casa (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: M ____ F ____
Numero de seguro social _____ Correo electrónico _____

INFORMACION DE LOS PADRES

(Será contactada para recordatorio de cita)

Nombre y apellido _____ Relación al Paciente _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de la casa (_____) _____ Trabajo _____ Celular _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo: M ____ F ____ Correo Electrónico _____
Numero de seguro social _____ Numero de licencia/identificación _____
Lugar de trabajo _____ Ocupación _____
Nombre del cónyuge _____ Ocupación _____

INFORMACION DE SEGURO

SELECCIONE SI **NO** TIENE SEGURO DENTAL SEÑALAR SI TIENE **MEDICAID**

Nombre y apellido del asegurado _____ Relación al paciente _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de la casa (_____) _____ Trabajo _____ Celular _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M ____ F ____ Seguro Social _____
Lugar de Trabajo _____ Nombre de la compañía de seguros _____
de póliza _____ # de agrupación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____
Código postal _____ # de Teléfono de la compañía de seguros (_____) _____

***** Como cortesía, un reclamo sera archivado a su seguro dental. La porcion que le corresponde al paciente, se debera pagarse cuando reciba los servicios dentales *****



Castellano and Carpenter Dental Associates PC

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SON PACIENTES DE ESTA OFICINA

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al paciente _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al paciente _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al paciente _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al paciente _____

INFORMACION ADICIONAL

Contacto de emergencia _____

Teléfono de emergencia _____

Relación al paciente _____

Farmacia preferida _____

Teléfono de la farmacia (____) _____

Como se entero de nuestra oficina? REFERIDO POR (señalar uno):

Doctor/Dentista _____

Amigo _____

Empleado de la oficina _____

Escuela/Guardería _____

Directorio ttelefónico _____

Sitio Web _____ Otro _____

Hay alguna pregunta especifica o tema que le gustaria que nosotros
contestemos el dia de hoy durante la cita de su hijo/hija?

***Como cortesía, un reclamo de su seguro dental sera archivado. La porción estimada que le corresponde al paciente, deberá pagarse cuando reciba los servicios dentales ***

INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

En las siguientes preguntas marque la respuesta apropiada y complete la información necesaria. Sus respuestas son solo para nuestros archivos y nos ayudan a proporcionar una visita mas completa. Sus respuestas son consideradas estrictamente confidenciales.

INFORMACION DEL MEDICO/PEDIATRA

Nombre de su Medico/Pediatra _____ Dirección _____

Teléfono (____) _____ Numero de fax (____) _____

Por favor enumere cualquier otro medico especialista que su hijo/hija este consultando

1. _____ Dirección _____ Teléfono (____) _____

2. _____ Dirección _____ Teléfono (____) _____

Fecha del ultimo examen medico _____ Fecha de la ultima visita medica _____

Razon _____

HISTORIA MEDICA DE LA FAMILIA

1. Hay alguna condición medica hereditaria por lado paternal? Si No No se

2. Hay alguna condición medica hereditaria por lado maternal? Si No No se

Si la respuesta es si favor de explicar _____

NARRATIVA MEDICA

1. Esta/Es su hijo/hija:

Actualmente bajo cuidado medico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Quando? _____	Por que? _____
Actualmente tomando medicina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cual? _____	
Alergico a alguna medicina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cual? _____	
Alergico a algun alimento, material o tintes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	A que? _____	

2. A tenido su hijo/hija

Anestecia general	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Explique _____
Complicaciones bajo anestecia general	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Explique _____
Alguna cirujia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Quando? _____ Por que? _____
Alguna emergencia medica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Quando? _____ Por que? _____

3. A sido su hijo/hija diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones medicas

<input type="checkbox"/> VIH/Sida	<input type="checkbox"/> Problemas ortopedicos	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Transplante de organos
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cirujia del cerebro	<input type="checkbox"/> Problemas/cirujia del corazón	<input type="checkbox"/> Neumonia
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cancer-que tipo _____	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/> Quimioterapia/Radiacion	<input type="checkbox"/> Hepatitis ___A___B___C	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Protesis	<input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Alta/baja presion sanguinea	<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> Problemas hormonales	<input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Labio leporino	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Falla del riñón	<input type="checkbox"/> Problemas de habla
<input type="checkbox"/> Valvula del Corazon	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Cirujias
<input type="checkbox"/> Miembros/articulacion artificial	<input type="checkbox"/> Molestias intestinales	<input type="checkbox"/> Problemas del higado	<input type="checkbox"/> Sindrome _____
<input type="checkbox"/> Problemas de deficit de atencion	<input type="checkbox"/> Dolor de oido	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Tétanos
<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas emocionales	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Problemas de concentración	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Retraso mental	<input type="checkbox"/> Enfermedad venerea
<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Tos ferina
<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Ulceras en la boca	
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Alteracion glandular	<input type="checkbox"/> Problemas nutricionales	

Alguna otra enfermedad, condicion o problema medico que tenga su hijo/hija no mencionado arriba? No Si
Por favor explique _____

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta en cuanto a conocimiento y se mantendrá bajo estricta confianza. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en la condición medica de mi hijo/hija.

Firma: _____ Relacion al paciente _____ Fecha _____

Firma del Medico/Dentista _____ Fecha _____

INFORMACION DENTAL

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

En las siguientes preguntas marque la respuesta apropiada y complete la informacion necesaria. Sus respuestas son solo para nuestros archivos y nos ayudan a proporcionar una consulta mas completa. Sus respuestas son consideradas estrictamente confidenciales.

INFORMACION DENTAL

Cual es la razón de la primera cita dental de su hijo en nuestra oficina?

___ Consulta ___ Emergencia ___ Examen/Prevencion ___ Otro

Nivel de aprension ___ Alto ___ Medio ___ Bajo ___ Ninguno

Fecha de la ultima visita dental _____ Nombre del dentista _____ Teléfono _____

Podemos contactar al previo dentista para obtener registros y radiografias? ___ Si ___ No

A sufrido su hijo(a) alguna de alguna lesion en los dientes, boca, lengua or barbilla? ___ Si ___ No

HABITOS ALIMENTICIOS

Su hijo(a) come entre comidas? ___ Si ___ No

Cuantas bocadillos al día? _____

Lleva una dieta balanceada? ___ Si ___ No

Su hijo(a) necesita de un biberón o vaso con tapa para poder dormir? ___ Si ___ No

A que edad su hijo(a) dejo el biberon?
_____ años _____ meses

Favor de mencionar algunos de los bocadillos favoritos de su hijo(a)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

CEPILLADO DE DIENTES Y FLUORURO

Su hijo(a) toma suplementos de fluoruro? ___ No ___ Si
En que forma toma el fluoruro? _____

Su hijo(a) a tomado suplementos de fluoruro en el pasado?
___ Si ___ No

Su hijo(a) usa pasta dental con fluoruro? ___ Si ___ No

Que tan frecuentemente se cepilla los dientes su hijo(a)?
___ 1 vez (am) ___ 1 vez (pm)
___ 2 veces al dia ___ Despues de cada comida/bocadillo

Que tipo de cepillo utiliza se hijo(a)?
___ Regular ___ Electrico ___ Una gaza ___ Otro

Que tan frecuentemente usa hilo dental su hijo(a)?
___ Diario ___ De vez en cuando ___ Nunca

Quien cepilla los dientes de su hijo(a)?
___ Padre/Madre ___ Niño(a) ___ Los Dos

EVALUACION DE HABITOS

Por favor marque la respuesta apropiada si existieron o existen los siguientes hábitos

Su hijo(a) se chupa el dedo? ___ Si ___ No ___ Antes, hasta que edad ___ años ___ Nunca se chupo el dedo
Cuando se chupa el dedo? ___ Día y Noche ___ Solo en la noche ___ Cuando esta cansado o va a dormir

Su hijo(a) rechina los dientes ___ Si ___ No ___ Antes, hasta que edad ___ años ___ Nunca rechino de dientes
Cuando rechina los dientes? ___ Día y Noche ___ Solo en la noche ___ Cuando esta cansado o va a dormir

Su hijo(a) se muerde? ___ Las uñas ___ Los labios ___ El cachete/lengua

Su hijo(a) respira por la boca? ___ Si ___ No

Su hijo(a) ronca? ___ Si ___ No

Hay alguna pregunta o tema en especial que le gustaría platicar/discutir mientras estan usted y su hijo(a) en nuestra oficina? _____

Firma del Medico/Dentista _____ Fecha _____



Castellano and Carpenter Dental Associates PC

Autorización Para Pacientes Menores de Edad

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Yo _____, doy permiso a _____ para que acompañe a mi hijo(a) a la oficina dental Castellano y Carpenter Dental Associates para sus citas dentales. También doy permiso a _____ para hacer las decisiones necesarias relacionadas con el tratamiento dental de mi hijo(a), incluyendo y sin limitar:

- El consentimiento a la persona autorizada para firmar cualquier forma requerida que da permiso a Castellano y Carpenter Dental Associates para tratar las necesidades dentales de mi hijo(a)
- El consentimiento a esta práctica dental para discutir las finanzas (costo de tratamiento, estado de cuenta, costo de la próxima cita) con la persona autorizada.
- El consentimiento a esta práctica dental para discutir el futuro tratamiento dental de mi hijo(a)
- El consentimiento a la persona autorizada para firmar el plan de tratamiento que mi hijo (a) necesite una vez que se me haya presentado y explicado por el equipo dental. Entiendo que al firmar el consentimiento no me obliga a mí o a la persona autorizada a seguir con el tratamiento, solo indica que el equipo dental me informe a mí o a la persona autorizada de el tratamiento dental necesario para mi hijo(a).
- El consentimiento a la persona autorizada para programar cualquier visita dental en el futuro que sea necesaria para mi hijo(a).

Entiendo que esta autorización será válida por un año o hasta que yo decida renunciar por escrito.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Castellano and Carpenter Dental Associates

Fecha