



**Northeast Location**  
 8606 Village Drive, Suite B  
 San Antonio, TX 78217  
 Phone: 210-654-6882

**Schertz Location**  
 5000 Schertz Parkway, Suite 301  
 Schertz, TX 78154  
 Phone: 210-659-8000

**Downtown Location**  
 315 N. San Saba, Suite 202  
 San Antonio, TX 78207  
 Phone: 210-223-3383

**Northern Oaks Location**  
 4358 Thousand Oaks  
 San Antonio, TX 78217  
 Phone: 210-656-4300

### Información del Paciente

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  Femenino  Masculino  
 Medicaid or Texas CHIP?  Si  No ID# \_\_\_\_\_ Idioma que habla \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Información de la Familia

Quién acompaña al niño hoy? \_\_\_\_\_ Parentezco: \_\_\_\_\_  
 Tiene custodia legal del niño?  Si  No Es su hijo adoptado?  Si  No  
 El niño vive principalmente con:  Ambos Padres  Madre  Padre Otro \_\_\_\_\_  
 Padre(s)/Guardián(es) es/son:  Soltero  Casados  Separados  Divorciados  Viudo/a  Emparejados  
 Otros niños atendidos por nosotros?  Si  No En caso de si, Nombres: \_\_\_\_\_  
 Familiar más cercano que no viva con Usted: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Parentezco  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección: ( Igual que arriba)  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Idioma que habla \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Parentezco  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección: ( Igual que arriba)  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Idioma que habla \_\_\_\_\_

### Consentimiento

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba un chequeo dental hoy, junto con limpieza de los dientes, tratamiento de fluor, y si es necesario, rayos X. **(Debe ser firmado por el padre biológico o guardian legal)**

Firma \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Información de Referimiento

Cómo se enteró de nuestra oficina?  Internet  Compañía de Seguros  Escuela  Trabajo  Letrero  
 Paciente previo  Otros pacientes, amigos \_\_\_\_\_ / Familiares \_\_\_\_\_  
 Pediatra \_\_\_\_\_  Oficina Dental \_\_\_\_\_  
 Transferido desde otra localidad \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Medicaid ID# \_\_\_\_\_

Razón por la visita de hoy:  Primera visita a un Dentista  Revisión  Caries  Dolor  Accidente  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista Anterior \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_ Para qué servicio \_\_\_\_\_

### Historia Dental

Cuál es la actitud del niño hacia el dentista:  Positiva  Neutral  Negativa

1. Se ha quejado el niño de problemas dentales?  Si  No En caso de si, explique \_\_\_\_\_
2. Ha tenido su hijo una mala experiencia dental?  Si  No En caso de si, explique \_\_\_\_\_
3. Ha sufrido su hijo algún daño en la boca, cabeza o dientes?  Si  No En caso de si, explique \_\_\_\_\_
4. Su hijo se cepilla los dientes a diario?  Si  No Usa hilo dental?  Si  No  Algunas veces
5. USTED asiste a su hijo con el cepillado?  Si  No Qué tan frecuente? \_\_\_\_\_

Tiene su hijo alguno de los siguientes hábitos bucales:  Pulgar/Chupado de dedos  Come las uñas  
 Respirador buccal  Chupete  Se muerde los labios/Succiona  Impedimento del Habla  Otro \_\_\_\_\_

Su hijo Actualmente  Está lactando  Usando biberón  Tubo Gástrico  Ninguno

### Historia Médica

Médico del Niño \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

	Si	No		Si	No
<b>Está el niño bajo cuidado medico ahora?</b> En caso de si, explique la razón : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hay alguna otra alergias :</b> Latex-Metal Comidas -Polen - Animales-Polvo-Colorante-Otro? En caso de si, cuál : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Está el niño recibiendo medicamentos o drogas?</b> En caso de si, cuáles : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ha tenido su hijo transfusion de sangre?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ha estado el niño hospitalizado?</b> En caso de si, explique la razón : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tiene problemas emocionales?</b> En caso de si, cuál : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ha tenido cirugía el niño?</b> En caso de si, explique la razón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ha tenido el niño reacción a Anestésicos locales o Generales?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tiene alergia a penicilina o algún medicamento?</b> En caso de si, cuál : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ha tenido el niño reacción a Agentes Sedantes</b> En caso de si, cuál : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha tenido el niño algún tratamiento para lo siguiente? Favor de marcar Si o No

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre – Circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal (Estómago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Músculos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas Endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones – Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Nervioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel

Ha sido diagnosticado el niño con algunas de las siguientes condiciones? Favor marcar Si o No

Yes	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD / ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desfallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia Falciforme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo o Espectro de Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón/ Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Seno ( Sinusitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daño Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del Sueño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronca por las noches
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta inflamada - Frecuentemente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espina Bífida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paladar-Labio Leporino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tétanos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos Congénitos del Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraso en Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración Bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venérea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia Nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laringo-Traqueo-Bronquitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de drogas, alcohol, tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____

Hay alguna otra cosa que Usted piensa debemos saber acerca de su niño? \_\_\_\_\_

Yo certifico que he leído y entendido las preguntas de arriba. No voy a responsabilizar Northeast Children's Dentistry, Inc o cualquier miembro de su personal por algún error u omisión que Yo haya hecho al completar este formulario. Yo autorizo la entrega de esta información a todas mis compañías de Seguros. Yo entiendo que soy responsable de todos los compromisos financieros.

Firma \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_