



**Temple
Kids
Dental**

Aaron C. Blackwelder DDS
Board Certified Pediatric Dentistry
Tjel C. Olson, DMD
Practice limited to Children

Hoja de información:

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____ fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____

NOMBRE INICIAL APELLIDO

Teléfono Casa: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Email: _____ TEXT o EMAIL confirmación?

Patient's Medicaid (*please circle*) MCNA/CHIPS, DENTAQUEST/CHIPS, TRADITIONAL ID # _____

Otros hermanos atendidos por nosotros: _____

Quién acompaña al niño hoy?

Nombre: _____ Relación: _____

Estado civil de los padre (*please circle*) Solteros, Casados, Viudos, Divorciados, Separados

Información de Padre: (*please circle*) Padre, Padrastro, Guardián

Nombre: _____ fecha de nacimiento de usted: _____

Tel. Celular # (____) _____ #de Seguro Social _____

Email: _____ Patrón: _____

Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros# _____

Número de grupo# _____

Información de Madre: (*please circle*) Madre, Madrastra, Guardián

Nombre: _____ fecha de nacimiento de usted: _____

Tel. Celular # (____) _____ #de Seguro Social _____

Email: _____ Patron: _____

Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros# _____

Numero de grupo# _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(____) _____

A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Dentista anterior/Presente: _____ Última visita: _____

Por qué trajo al niño al dentista hoy? _____

Actualmente tiene dolor el niño? **SI** or **NO**

Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? **SI** or **NO**

Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? **SI** or **NO**

Médico del niño _____ Teléfono _____

Por favor, describa la salud física de su hijo: (*circle one*) **Buena, Regular, Pobre**

Lista de medicamentos que está tomando actualmente el niño:

Lista de las drogas y las cosas que el niño es alérgico a: _____

(Por favor círculo si esto se aplica) **LÁTEX, METALES, PLÁSTICOS, O ROJO TINTE**

Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

ADD/ADHD **Si or No**

Hospitalización/Operaciones? **Si or No**

Huesos/Coyunturas/Válvulas artificiales **Si or No**

Asma **Si or No**

Cáncer **Si or No**

Defecto congénito del corazón **Si or No**

Convulsiones **Si or No**

Diabetes **Si or No**

Epilepsia **Si or No**

Discapacitación/Minusvalía **Si or No**

Problemas de audición **Si or No**

Soplo del corazón **Si or No**

Alta presión **Si or No**

Ronchas **Si or No**

Problemas con los riñones **Si or No**

Prolapsia de la válvula mitral **Si or No**

Fiebre reumática **Si or No**

Tuberculosis **Si or No**

El niño tiene/ha tenido alguna(s) se las siguientes experiencias?

Alimentado pecho **Si or No**

Mordisquear objetos **Si or No**

Rechinar los dientes **Si or No**

Morderse los labios **Si or No**

Respirar por la boca **Si or No**

Morderse las uñas **Si or No**

Tomar en botella **Si or No**

Problemas de hablar **Si or No**

Chuparse/ morderse los labios **Si or No**

Usar Chupón **Si or No**

Por favor discutir cualquier problema médico grave que el niño tiene: _____

Nuestra oficina cumple con las normas HIPPA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre or guardián _____ **Fecha:** _____