

THE CHILDREN'S DENTAL CLINIC

La Clínica Dental Para Niños

801 Conestoga Road
Berwyn, PA 19312-1295
610-240-1213

Padres o Parientes:

La información requerida en este formulario se necesita para **La Clínica Dental Para los Niños** para evaluar y tomar en consideración el tratamiento necesario dental para su hijo(a). Por favor, complete la siguiente información y entregue este formulario lo antes posible.

Tiene su hijo(a) seguro de dentista? NO SI Nombre de la compañía: _____

Hemos visto a su hijo o hija en esta clínica anteriormente? NO SI fecha tratada _____

NOMBRE DEL LA ESCUELA: _____ GRADO: _____

NOMBRE DEL NINO: _____ Por favor indique M o F

DIRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ MOBIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO (mes, día, año): _____

CORREO ELECTRONICO (e-mail): _____ FECHA: _____

Las respuestas a las siguientes preguntas son solo para nuestros archivos y son confidenciales. Por favor responde SI o NO, y si las respuesta es SI llene los espacios en blanco para indicar la razón del SI.

1. Se encuentra su hijo(a) en buen estado de salud-----SI NO
 - a) Han habido cambios significativos en el ultimo ano-----SI NO
2. El último examen físico de su hijo(a) fue _____
3. Está su hijo bajo tratamiento medical-----SI NO
 - a) Porque _____
 - b) Nombre del médico, numero de teléfono _____
4. Ha tenido una enfermedad grave o una operación-----SI NO
 - a) Enfermedad/Operación _____
5. Tiene o ha tenido alguna vez, algunas de las siguientes enfermedades o problemas:
 - a) Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática-----SI NO
 - b) Enfermedad cardiovascular (enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, hipertensión, arteriosclerosis, ACV/accidente cerebro vascular)-----SI NO
 - c) Asma, fiebre del heno-----SI NO
 - d) Alergia-----SI NO
 - e) Erupción de piel-----SI NO
 - f) Desmayos o convulsiones-----SI NO
 - g) Diabetes-----SI NO
 - 1) Tiene que orinar/pasar agua mas de seis (6) veces al día-----SI NO
 - 2) Casi siempre tiene sed-----SI NO
 - 3) Se le seca la boca mucho-----SI NO
 - h) Hepatitis, ictericia o enfermedad de hígado-----SI NO
 - i) Artritis-----SI NO
 - j) Reumatismo Inflamatorio (coyunturas hinchadas)-----SI NO
 - k) Ulceras pépticas-----SI NO
 - l) Problemas de riñón-----SI NO

(otro lado, por favor)

- m) Tuberculosis-----SI NO
n) Tose frecuentemente, o cuando tose le sale sangre-----SI NO
o) Presión de sangre baja-----SI NO
p) Presión de sangre alta-----SI NO
q) Enfermedad venérea-----SI NO
r) Tratamiento psiquiátrico-----SI NO
6. Tiene o ha tenido pérdida de sangre anormal con extracciones dentales anteriores o alguna cirugía-----SI NO
a) Le salen moretones (hematomas) fácilmente en la piel-----SI NO
b) Ha tenido que tener alguna vez una transfusión de sangre-----SI NO
7. Tiene o ha tenido cualquier enfermedad de sangre como la anemia-----SI NO
8. Ha tenido cirugía, tratamiento de radioterapia, o quimioterapia por: un cáncer, tumor o otra condición-----SI NO
9. Está tomando algunos de los siguientes medicamentos:
a) Antibióticos o sulfamidas-----SI NO
b) Anticoagulantes de sangre-----SI NO
c) Medicina para la hipertensión (presión alta)-----SI NO
d) Cortisona o Esteroides-----SI NO
e) Tranquilizantes-----SI NO
f) Aspirinas-----SI NO
g) Medicina para insulina, tolbutamida (Orinase)-----SI NO
h) Otro medicamentos que hay tomado _____
10. Es alérgico o ha reaccionado negativamente al los siguientes medicamentos:
a) Los anestésicos-----SI NO
b) Penicilina o otros antibióticos-----SI NO
c) Sulfamidas-----SI NO
d) Barbitúricos, sedantes o somníferos-----SI NO
e) Aspirina-----SI NO
f) Iodine-----SI NO
g) Látex-----SI NO
h) Otro Medicamento no mencionado _____
11. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental anteriormente-----SI NO
Si, si explique, por favor cuales ha tenido _____
12. Tiene o ha tenido su hijo(a) otra enfermedad o condición medical aparte de las que hemos mencionado anteriormente que debamos saber-----SI NO
Si, si explique, por favor _____
13. Su hijo(a) está bajo el cuidado de un ayudante del distrito escolar-----SI NO

Yo autorizo y doy mi consentimiento que mi hijo(a) _____ sea llevado a la
(nombre de su hijo(a) escrito en molde/impres)

Clínica Dental De Niños en T/E Middle School. Mi hijo(a) puede ser referido a un dentista local, quien voluntariamente ofrece sus servicios si llega hacer necesario hacerle un tratamiento especializado o extensivo. Yo autorizo y doy mi consentimiento que mi hijo(a) sea atendido y tratado por ese dentista y sea transportado ahí. **Yo entiendo que me cobrarán \$5.00 por cada visita.** *Estoy de acuerdo en pagar la cuenta en seguida o avisar a la clínica si los pagos se me hacen imposible.* (Cheques o Giros Postales (Money Orders) se pueden mandar directamente a **The Children's Dental Clinic, 801 Conestoga Road, Berwyn, PA 19312.**)

FIRMA DE LOS PADRES O PARIENTES: _____

Padre o pariente, por favor escriba su nombre en molde/impres: _____