



THE CHILDREN'S DENTAL CLINIC • La Clínica Dental Para Niños
 PO Box 660
 Paoli, PA 19301-9997
 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.

FECHA: _____ 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

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

DIRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ MOBIL: _____

CORREO ELECTRONICO (e-mail): _____

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

(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

Al firmar la parte de abajo, usted se compromete a:

- Si trabajo extensivo especial se llegara a necesitar, su hijo/a podría ser referido a un dentista local quien sería voluntario a dar sus servicios.
- El cargo monetario por cada visita a la clínica dental de niños sería de \$10.00. Por favor haga el pago lo más pronto posible. Si es imposible pagar, sería su responsabilidad el dejarnos saber. Cheques deberán ser hechos a nombre de *The Children's Dental Clinic* y pueden ser enviados por correo a *The Children's Dental Clinic, PO Box 660, Paoli, PA 19301*
- La transportación para su hijo/a hacia y desde la clínica (u otra locación prevista) deberá ser proveída por el padre o madre. En el caso de que un medio de transportación le sea difícil, la clínica dental de niños le podría hacer posible un conductor voluntario. Si un conductor voluntario es necesario, usted estará dando el permiso a ese conductor para transportar a su hijo/a a su cita, usted asume toda responsabilidad y riesgo y usted renuncia a cualquier reclamo o indemnización y no responsabiliza a *The Children's Dental Clinic* (y su conductor voluntario) por lesiones o daños ocurridos durante esa transportación.

(otro lado, por favor)

- Entiendo que el paciente pueda necesitar rayos X, tratamiento periodontal, empastes dentales, coronas y/o extracciones. Además es posible que se necesite usar anestesia local para recibir el tratamiento. En raras ocasiones los pacientes podrían tener una reacción a la anestesia, lo que podría resultar en una inflamación. Durante el tratamiento el paciente también podría aspirar un objeto ajeno, lo cual podría requerir atención médica. En raras ocasiones también se podría producir daño al nervio, temporal o permanente. Entiendo que puedo discutir cambios y otras alternativas en el plan de tratamiento contactando con La Clínica Dental para niños al teléfono 610-240-1213. (Después de cada visita, la información para los tratamientos serán enviados al domicilio del paciente, en el caso de que los padres/tutores no puedan estar presentes durante la visita dental).

FIRMA DE LOS PADRES O PARIENTES: _____ **Fecha:** _____

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

Devolver este formulario completo a: The Children's Dental Clinic, PO Box 660, Paoli, PA 19301-9997