



4090 Westown Pkwy., Suite B1
 West Des Moines, IA 50266
 515-267-0737
 Fax 515-267-1480

Westtown

PEDIATRIC DENTISTRY

Fecha de Hoy _____ ID de Paciente # _____

Nos esforzamos en hacer cada visita de su hijo lo más placentero y cómodo. Por favor llenar formulario completo con tinta.

Su Hijo

Nombre de Niño _____ Sexo _____ Edad _____
 Sobrenombre _____ SS #/SIN _____ Fecha de Nacimiento _____
 Escuela _____ Grado _____
 Dirección de casa de su hijo _____
 Ciudad _____ Estado/Prov. _____ Código Postal/P.C. _____ Teléfono _____

Persona Responsable

Nombre _____ Relación _____
 Dirección _____ Correo Electrónico _____
 Ciudad _____ Estado/Prov. _____ Código Postal/P.C. _____
 Teléfono de Casa _____ Celular _____ Teléfono de Trabajo _____
 SS#/SIN _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Quién es responsable de hacer citas? _____

Información de Padre o Tutor Madre Madrastra Tutor

Nombre _____ Correo Electrónico _____
 Teléfono de Casa _____ Celular _____ Teléfono de Trabajo _____
 Empleador _____ Ocupación _____
 SS#/SIN _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil Soltera Casada Separada Divorciada Viuda

Información de Padre o Tutor Padre Padrastro Tutor

Nombre _____ Correo Electrónico _____
 Teléfono de Casa _____ Celular _____ Teléfono de Trabajo _____
 Empleador _____ Ocupación _____
 SS#/SIN _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil Soltera Casada Separada Divorciada Viuda

Aseguranza Primaria

Nombre de Asegurado _____ Relación _____
 Fecha de Nacimiento _____ SS#/SIN _____
 Empleador _____ Fecha Empleado _____ Ocupación _____
 Compañía de Aseguranza _____ Grupo # _____ Empleado # _____
 Dirección de Compañía de Aseguranza _____ Ciudad _____ Estado/Prov. _____ Código Postal/P.C. _____
 Deducible _____ Copago _____ Cantidad ya usada _____ Beneficio Anual Máximo _____

Additional Insurance

Nombre de Asegurado _____ Relación _____
 Fecha de Nacimiento _____ SS#/SIN _____
 Empleador _____ Fecha Empleado _____ Ocupación _____
 Compañía de Aseguranza _____ Grupo # _____ Empleado # _____
 Dirección de Compañía de Aseguranza _____ Ciudad _____ Estado/Prov. _____ Código Postal/P.C. _____
 Deducible _____ Copago _____ Cantidad ya usada _____ Beneficio Anual Máximo _____

Westown Pediatric Health History

ID de Paciente # _____

Menciona todo acerca de la salud de su hijo y también cualquier medicamento que su hijo tome. Esto puede tener una interrelación importante con el cuidado dental que su hijo reciba.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha Creado: _____

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes su niño? _____

¿Con que frecuencia se limpia su niño con hilo dental? _____

¿El agua de su niño tiene fluoruro? Si No (si es si) _____

¿Su niño toma suplementos de fluoruro? Si No (si es si) _____

¿Su niño se chupa el pulgar/dedo(s)? Si No (si es si) _____

¿Su niño se chupa o muerde el labio? Si No (si es si) _____

¿Su niño muerde objetos duros (lápiz, etc.)? Si No (si es si) _____

¿Su niño rechina los dientes? Si No (si es si) _____

¿Su niño ha tenido alguno de los siguientes?

Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Incapacitado/Discapacidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Defecto Congenial Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado Anormal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de Estomago Hígado o Riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

¿Su niño ha tenido infección respiratoria reciente? Si No (si es si, por favor liste) _____

¿Su niño tiene una toz persistente o aclaramiento de garganta no asociada con una enfermedad conocida? (dura más de 3 semanas) Si No (si es si, por favor liste) _____

Fecha de última visita al dentista: _____

Nombre de dentista previo – dirección o numero de teléfono _____

¿Su niño ha tenido dificultad con visitas dentales? Si No (si es si, por favor liste) _____

Nombre del médico del niño – dirección o número de teléfono _____

¿Su niño a tenido hospitalizaciones previas/ enfermedades serias? Si No (si es si, por favor liste) _____

¿Su niño está actualmente tomando algún medicamento? Si No (si es si, por favor liste) _____

¿Su niño tiene historial de alergias/ sensibilidades/ reacción adversa a cualquier droga? Si No (si es si, por favor liste) _____

¿Su niño tiene un historial de alergias a cualquier sustancia (látex, habiente, etc.)? Si No (si es si, por favor liste) _____

Por favor explique cualquier condición medica que su niño tenga _____

Autorización y Liberación

A mi mejor conocimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas correctamente. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso a la salud de mi niño.

Firma de Paciente, Padre o Tutor:

X

Fecha: _____

Westown Pediatric Dentistry complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-515-267-0737.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-515-267-0737。