

# Boys & Girls Club of Albany Dental Clinic

## Formulario de Información del Paciente

Por favor complete este formulario. Si tienen preguntas contacte al coordinador de su escuela.

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

**Sobrenombre** \_\_\_\_\_ **Nombre del Padre/Representante Legal** \_\_\_\_\_

**Nombre de Escuela** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo** (circulo) M F

**Asiste a Head Start?** \_\_\_ Si \_\_\_ No Primera visita dental en el 1er año.

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Calle/ P.O. Box casilla Ciudad Estado Zip

**Teléfonos:** Casa ( \_\_\_\_\_ ) Trabajo ( \_\_\_\_\_ )  
 Cel ( \_\_\_\_\_ )

**Contacto de Emergencia:** Persona a contactar en caso de emergencia  
 Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Raza:** Cual de las siguientes razas representa mejor al paciente?  
*Blanca Negra o descendencia Africana Hispana Asiática Indio Americano*  
 Otro \_\_\_\_\_

**Ingresos:** Cual de los siguientes representa mejor el ingreso anual de su casa? (haga un circulo)  
*Menos de \$10,000 \$10,000-20,000 \$20,000-30,000 Más de \$30,000*

**Tamaño de la casa:** Cuantos niños menores de 21 años viven en su casa? \_\_\_\_\_

Historia Dental	Si	No	Explique
Es esta la primera visita al dentista?			
Si no es, hace cuanto fue su última vez que visito al dentista?			
El paciente tiene que viajar más de 85 millas para su cita dental?			
Ha tenido el paciente experiencias negativas en una oficina dental o medica?			Si es si, explique
Se cepilla el paciente los dientes diariamente?			Si es si, cual es la frecuencia?
El Paciente usa seda dental?			Si es si, cual es la frecuencia?
El Paciente consume bebidas gaseosas o otra bebida rica en azúcar diariamente? (Kool-aid, jugo fruta, Gatorade, jugos deportivos)?			Cuanto consume al DIA?
El Paciente consume leche diariamente?			Cuantas veces al día?
El Paciente se queda dormido con biberón o usa una tasita fuera de en las comidas?			

**Razón de la visita:** maque las que correspondan (✓)

<input type="checkbox"/> Primer Examen	<input type="checkbox"/> Accidente dental	<input type="checkbox"/> Examen de rutina	<input type="checkbox"/> Otro (explique)
<input type="checkbox"/> Dolor de dientes	<input type="checkbox"/> Inflamación de la cara	<input type="checkbox"/> Apariencia de los dientes	_____
<input type="checkbox"/> Dolor bucal general	<input type="checkbox"/> Sangramiento dental	<input type="checkbox"/> No pudo lograr una cita en otro sitio	

## Historia Médica

Nombre del Doctor tratante \_\_\_\_\_

Nombre del dentista actual o pasado \_\_\_\_\_

Historia Medica	Si	No	Por favor explique las respuestas "Si"
Tiene el paciente alguna condición médica actual?			
El paciente ha sido diagnosticado con autismo?			
Esta el paciente tomando medicamentos?			
Ha sido el paciente hospitalizado o ha tenido alguna cirugía?			
Tiene el paciente alguna alergia?			
Tiene el paciente alergia a medicamentos?			
Esta el paciente con sus vacunas al día en contra DPT (difteria, tétano, tos ferina)polio, sarampión, paperas y rubéola?			
Tiene el paciente algún tipo de necesidad especial que requiera cuidado dental especial?			

**Ha tenido la paciente alguna de las siguientes enfermedades o alguna dificultades?** Marque la que corresponda (✓)

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex              | <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Mono                              |
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH                      | <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Desmayo               | <input type="checkbox"/> Paperas                           |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones        | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga    | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                  |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo         | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Problemas al corazón  | <input type="checkbox"/> Desordenes gástricos/Intestinales |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído crónicas  | <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                      |
| <input type="checkbox"/> Infecciones oculares crónicas | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral     | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal      | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales           | <input type="checkbox"/> varicela               | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática   |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta             | <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Sarampión             |  |

**Para uso radiográfico:**  
 Podría estar el paciente embarazado?

**Por favor explique las respuestas "si":**

\_\_\_\_\_

Problemas de comportamiento	Si	No	Por favor explique las respuestas "Si"
Tiene el paciente problemas con su comportamiento (como llanto constante, berrinches, ansiedad?)			
Usted cree que el Paciente usa drogas o alcohol?			
Usted cree que el paciente tiene desordenes alimenticios?			
Usted cree que el paciente usa productos con tabaco(cigarrillos, mastica tabaco)?			
Ha notado cambios grandes en el comportamiento del paciente, amistades, actividades?			

**Seguro Medico:** Por favor haga un circulo en las que correspondan. **Deberá dar una copia de su tarjeta medical o de seguro dental.**

**Medicaid/OHP    Seguro Dental privado    Tri-Care (militar)    Servicio de salud indígena (IHS)    Ninguna**

Medicaid numero de póliza \_\_\_\_\_ Reserva (IHS) \_\_\_\_\_

Seguro dental nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Direccion de aseguransa: \_\_\_\_\_

Nombre del que subscribe: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Representante legal** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

