

Yost Pediatric Dentistry • 102 Palo Alto Rd. #400, San Antonio, TX 78211 • (210)924-8770

### Información del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Zip

¿Es la persona que haya introducido en el paciente a la consulta odontológica el tutor legal?  Yes  No

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Teléfono Principal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido: Teléfono \_\_\_\_\_ Texto \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_

¿Su hijo está cubierto por el seguro dental?  Sí  No En caso afirmativo, qué tipo de seguro? \_\_\_\_\_

### Historial Dental/ Médico

¿Cuál es la razón de la visita de su hijo hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue visto por un dentista? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Es el niño que está siendo referido por otro dentista?  Sí  No En caso afirmativo, por quién? \_\_\_\_\_

¿Se ha visto a su hijo en nuestra oficina antes?  Sí  No

¿Su hijo se queja de dolor de dientes o la boca?  Sí  No

¿Su hijo tiene cualquier accidente con sus dientes?  Sí  No

¿Su hijo chupar la / el pulgar, el dedo o el chupete?  Sí  No

¿Ha tenido su hijo una experiencia dental mal?  Sí  No

Médico de atención primaria del niño \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Otro médico o especialista \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Su hijo está tomando algún medicamento?  Sí  No

¿El niño tiene un alérgico a un medicamento o cualquier otra cosa?

Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Jamás ha sido hospitalizado a su hijo?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

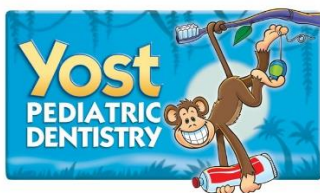
¿Alguna vez su hijo tuvo un problema con o recibido tratamiento para cualquiera de los siguientes?

- |                          |                              |                          |                                   |                          |                          |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí                       | No                           | Sí                       | No                                | Sí                       | No                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | La Circulación Sanguínea     |                          | Estómago, Intestino               |                          | Músculos                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Huesos                       |                          | Riñones, La Vejiga, Los Genitales |                          | Sistema Nervioso         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Glándulas Endócrinas         |                          | Corazón                           |                          | Piel                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Ojos, Oídos, Nariz, Garganta |                          | Amígdalas, Los Adenoides          |                          | Livianos                 |

¿Ha sido su hijo diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

- |                          |                          |                          |                                |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí                       | No                       | Sí                       | No                             | Sí                       | No                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Anemia                   |                          | Diabetes                       |                          | Retraso mental           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Asma                     |                          | Trastorno Emocional / Nervioso |                          | Problema Ortopédico      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Daño Cerebral            |                          | Problema De Los Ojos           |                          | Neumonía                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Problemas De Sangrado    |                          | Pérdida De La Audición         |                          | Pregnancia               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Cáncer                   |                          | Soplo Del Corazón              |                          | Fiebre reumática         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Parálisis Cerebral       |                          | Hepatitis                      |                          | Anemia Falciforme        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Convulsiones             |                          | HIV o AIDS                     |                          | Espina Bífida            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Retraso En El Desarrollo |                          | Leucemia                       |                          | Síndrome _____           |

¿Su hijo tiene cualquier otra condición médica no especificado anteriormente?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_



Yost Pediatric Dentistry • 102 Palo Alto Rd. #400, San Antonio, TX 78211 • (210)924-8770

### El Consentimiento Para Tratar Y Acuse De Recibo Del Aviso De Privacidad De Práctica

Bienvenido a Yost Pediatric Dentistry! Nosotros realmente apreciamos nos elegir para satisfacer las necesidades dentales de su hijo. En Yost Pediatric Dentistry nos esforzamos por ofrecer el mejor cuidado dental para nuestros pacientes jóvenes.

En Yost Pediatric Dentistry que amablemente solicitamos que los niños regresan por sí mismos a menos que sean demasiado jóvenes o tienen necesidades especiales. Nuestra experiencia ha demostrado que los pacientes generalmente se comportan mejor y comunicación médico-paciente mejora. Nuestra filosofía incluye enseñar a los niños a convertirse en buenos pacientes dentales que pueden disfrutar de un tiempo de vida de la salud oral. El personal que cuida a Yost Odontología Pediátrica tiene muchos años de experiencia aliviar los temores de los niños y ayudar a hacer su visita al dentista agradable. Si se siente incómodo con nuestra política, estaremos encantados de discutir otros enfoques de tratamiento para su hijo o sugerir viendo otro dentista con el que se puede sentir más cómodo.

Durante las visitas iniciales o periódicos de su hijo, el Dr. Michael Yost, Dr. Clyde Yost o Dra. Lina Cardenas examinará los dientes del niño, y el Dr. Michael Yost, Dr. Clyde Yost o Dra. Lina Cardenas o un higienista dental registrado va a limpiar los dientes del niño y aplicar tratamiento con flúor. Para ayudar en la detección de caries dentales u otra patología oral, por lo general se toman las radiografías. Además, una medida preventiva probada contra la caries de fosas y fisuras, el sellador dental, se puede aplicar. El Dr. Michael Yost, Dr. Clyde Yost o Dra. Lina Cardenas discutirá los hallazgos del examen y cualquier tratamiento recomendado con usted.

\_\_\_\_\_ He leído la declaración anterior y autorizo el Dr. Michael Yost, Dr. Clyde Yost o Dra. Lina Cardenas y el  
Inicial personal de Yost Odontopediatría para llevar a cabo los procedimientos de diagnóstico, incluyendo, pero no limitado a un examen oral, radiografías y fotografías. Además, doy mi consentimiento para procedimientos dentales preventivos se considere adecuada incluyendo una profilaxis dental, la colocación del sellador y tratamiento de fluoruro.

\_\_\_\_\_ He recibido una copia de este Aviso de Privacidad de Prácticas. *Usted puede negarse a firmar este  
Inicial formulario de acuse de recibo.*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de los padres / tutor Impreso                      Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente    DOB*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre / tutor*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

Sólo Uso De Oficina

Written Acknowledgement was not obtained because:

- Patient's parent/legal guardian refused to sign
- Emergency situation
- Unable to communicate with patient's parent/legal guardian
- Other \_\_\_\_\_