



Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive
Waco, TX 76710
P: 254-772-8330
F: 254-772-8496

Hoja de información:

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

NOMBRE INICIAL APELLIDO

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: Masculino o Femenino

Teléfono Casa: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Correo Electronico: _____ Confirmacion de Texto o Correo Electronico?

Medicaid de Paciente (*por favor marque*) MCNA/CHIPS, DENTAQUEST/CHIPS, TRADITIONAL ID # _____

Otros hermanos atendidos por nosotros: _____

Quién acompaña al paciente hoy?

Nombre: _____ Relación: _____

Estado civil de los padre (*por favor marque*) Solteros, Casados, Viudos, Divorciados, Saporados

Información de Padre: (*por favor marque*) Padre, Padrastro, Guardián

Nombre: _____ fecha de nacimiento de usted: _____

Tel. Celular # (____) _____ #de Seguro Social _____

Correo Electronico: _____ Empleador: _____

Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros# _____

Número de grupo# _____

Información de Madre: (*por favor marque*) Madre, Madrastra, Guardián

Nombre: _____ fecha de nacimiento de usted: _____

Tel. Celular # (____) _____ #de Seguro Social _____

Correo Electronico: _____ Empleador: _____

Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros# _____

Numero de grupo# _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(____) _____

A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

wacokidsdental.com

~Serving the Children of Central Texas~



Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive
Waco, TX 76710
P: 254-772-8330
F: 254-772-8496

Dentista anterior/Presente: _____ Última visita: _____

Por qué trajo al paciente al dentista hoy?

Actualmente tiene dolor el paciente? **SI** o **NO**

Necesita el paciente antibióticos antes de recibir tratamiento dental? **SI** o **NO**

Ha tenido el paciente problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? **SI** o **NO**

Médico del paciente _____ Teléfono _____

Por favor de anotar los medicamentos que esta tomando actualmente el paciente: _____

Por favor de anotar las reacciones alergicas a medicamentos o otras alergias: _____

(Por favor marque si esto se aplica) **LÁTEX, METALES, PLÁSTICOS, O ROJO TINTE**

Ha tenido el niño/a alguno de los siguientes problemas?

ADD/ADHD **Si o No**

Hospitalización/Operaciones? **Si o No**

Huesos/Coyunturas/Válvulas artificiales **Si o No**

Asma **Si o No**

Cáncer **Si o No**

Defecto congénito del corazón **Si o No**

Convulsiones **Si o No**

Diabetes **Si o No**

Epilepsia **Si o No**

Discapacitación/Minusvalía **Si o No**

Problemas de audición **Si o No**

Soplo del corazón **Si o No**

Alta presión **Si o No**

Ronchas **Si o No**

Problemas con los riñones **Si o No**

Prolapsia de la válvula mitral **Si o No**

Fiebre reumática **Si o No**

Tuberculosis **Si o No**

**El niño tiene/ha tenido alguna(s) se las siguientes
habitos?**

Alimentado pecho **Si o No**

Mordisquear objetos **Si o No**

Rechinar los dientes **Si o No**

Morderse los labios **Si o No**

Respirar por la boca **Si o No**

Morderse las uñas **Si o No**

Tomar en botella **Si o No**

Problemas de hablar **Si o No**

Chuparse/ morderse los labios **Si o No**

Usar Chupón **Si o No**

Por favor discutir cualquier problema médico grave que el paciente tiene: _____

Nuestra oficina cumple con las normas HIPPA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA. Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el paciente.

Firma del padre or guardián _____ **Fecha:** _____