



Oquawka Site
PO Box 198
Oquawka, IL 61469
309-867-2770
877-350-2385 (toll-free)
309-867-3205 (fax)

Stronghurst Site
PO Box 240
Stronghurst, IL 61480
309-924-2424
866-346-1337 (toll-free)
309-924-1389 (fax)

Padres/Guardia Legal-por favor de llenar

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Paciente: _____ Nombre preferido: _____
Apellido nombre Segundo nombre

Domcillio _____

Ciudad /Estado _____ Código: _____

Teléfono _____

Género: Masculino Femenino Indiferente

Pronombres preferidos: _____

Identidad de Género: Masculino Femenino Masculino a Femenino Femenino a Masculino Otro (Por favor de explicar): _____

Orientación sexual: Heterosexual Lesbiano(a), Gay o Homosexual Bisexual Inseguro Prefiero no revelar Otro (Por favor explique) _____

Raza/Etnicidad: americano (no Hispano o Latino) Negro/Afroamericano (no Hispano o Latino) Hispano o Latino (toda raza) Indio Americano/Nativo de Alaska asiático Nativo de Hawái Otro de Islas del Pacifico

Nombre de Padre: _____ Teléfono: _____

Nombre de Madre: _____ Teléfono: _____

Nombres y edades de otros miembros de familia: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Seguranza Dental

Nombre de Seguranza _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de nacimiento y Seguro del asegurado: _____

Historia Medica

Nombre de Medico personal: _____ Teléfono: _____

Última visita al doctor _____ / _____ / _____

Nombre de dentista anterior _____ Ultima cita _____

Nombre de Farmacia preferida: _____

¿Le han dicho que su hijo(a) necesita tomar antibióticos o medicamento antes de un tratamiento? Sí No

Tiene algún alergia a medicamentos: Sulfa, Látex, Penicilina, Aspirina, Codeína, o otros medicamentos: Sí No
Por favor explique: _____

Si está tomando medicamentos, vitaminas, o hierbas suplementes, por favor anote los nombres: _____

Por favor de marcar SI o NO si ha tenido una de esta problemas o enfermedades:

Alergia/fiebre de heno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mareos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tratamiento Radiación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumores	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas del tiroides	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Autismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis TIPO____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quimioterapia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artificial válvulas de corazón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfisema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad de sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ictericia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas mental	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión Alta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor Mandibular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Varicela	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas circulatorias cardíacas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Úlcera	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Discapacitado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lesiones
Presión Baja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marcapasos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumores	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Toz Persistente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Por favor explique si marco "SI": _____

Otras enfermedades o condiciones: _____

Salud Dental

Razón por la visita de hoy _____

Fecha de más reciente imagines radiografías dentales: _____

Su hijo(a) ha tenido problemas serias asociado con tratamiento dental en el pasado? Sí No

Si marco "SI" por favor explique: _____

Su hijo(a) tiene dolor dental ahora? Sí No Cuantas veces se cepilla los dientes su hijo(a) al día? _____

Para los niños de edad 5 y menor:

Su hijo(a) usa el chupón o se chupa los dedos? Sí No ¿Quién cepilla los dientes de su hijo(a)? _____

Usa la pasta de dientes en el cepillo de su hijo(a) Sí No

Su hijo(a) está tomando leche materna? Sí No

Su hijo(a) duerme con su biberón en la noche? Sí No

1. El firmante autoriza el doctor que tome radiografías, estudie modelos, fotografías, o cualquier otro diagnostico apropiado por el doctor para poder diagnosticar el tratamiento necesario para el paciente y su salud dental.
2. Según mi conocimiento, la información que les estoy dando es correcta y preciso. Yo entiendo que, aunque tenga seguridad, Yo seré responsable por los servicios prestados. Yo autorizo que se realice cualquier información que requiere mi compañía de seguridad relacionado a mis reclamos dentales.
3. También autorizo a el doctor que realice tratamiento recomendado y conforme por los dos, para usar el medicamento y terapia indicado por los tratamientos in conexión a (nombre de paciente) _____.

Firma de padre o guardián _____ Fecha _____