



531 W. Kettleman Lane
Lodi, CA 95240
Tel: 209-400-2018

1660 W. Yosemite Ave. #1
Manteca, CA 95337
Tel: 209-500-1910

3633 Bradshaw Rd. #A
Sacramento, CA 95827
Tel: 916-810-2025

FORMA DE PACIENTE QUE REGRESA

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Algún cambio en la dirección de la casa? En caso afirmativo, indique la nueva dirección a continuación:

¿Tienes un nuevo seguro dental? En caso afirmativo, indique el nombre y el número de identificación a continuación:

Por favor revise sus preocupaciones dentales:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| ☐ Caries | ☐ Color de los dientes | ☐ Rechinar los dientes | ☐ Trauma |
| ☐ Dientes sensibles | ☐ Sonidos de la mandíbula | ☐ Respiración por la boca | ☐ Ortodoncia |
| ☐ Dolor de muelas | ☐ Infecciones de las encías | ☐ Dolor dental | ☐ Ninguna |
| ☐ Otro: _____ | | | |

¿Ha habido algún cambio en el historial médico de su hijo? ☐ Yes ☐ No

Si es así, por favor liste: _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente? ☐ Yes ☐ No

Si es así, por favor liste: _____

¿Alguna hospitalización o cirugía desde la última visita de su hijo? ☐ Yes ☐ No

¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? ☐ Yes ☐ No

Si es así, por favor liste: _____

¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco? ☐ Yes ☐ No

Si es así, ¿cuándo y qué productos? _____

Cancelación De Cita Y Política De No Presentación

En Bethel Kids Dental, estamos comprometidos a brindar atención oportuna y de alta calidad a todos nuestros pacientes. Las citas perdidas o las cancelaciones de última hora interrumpen nuestro horario e impiden que otros pacientes reciban el tratamiento necesario. Por lo tanto, requerimos un aviso con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar una cita. No proporcionar un aviso oportuno puede resultar en consecuencias para futuras programaciones. Los pacientes que falten a tres citas sin previo aviso perderán el privilegio de programar futuras citas. Además, dependiendo de su proveedor de seguro, se podría aplicar una tarifa por cita perdida. Consulte con su compañía de seguros para obtener detalles sobre posibles cargos. Nos preparamos con anticipación para cada cita reservando una sala de tratamiento, preparando registros y alistando los instrumentos necesarios. Esperamos el mismo nivel de compromiso por parte de nuestros pacientes. Si no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros lo antes posible al (209) 400-2018. Estaremos encantados de ayudarlo a reprogramar su cita a un horario más conveniente.

Certifico que he leído y entiendo el contenido de este formulario. No responsabilizaré a Bethel Kids Dental, ni a los médicos ni al personal por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario. Notificaré a Bethel Kids Dental cualquier cambio en la información y la salud de mi hijo.

Impresión: _____ Firma: _____ Date: _____



info@bethelkidsdental.com



www.BethelKidsDental.com

Historial Dental

- ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez ha ido su hijo al dentista? ¿Si es así, cual es la fecha de la última limpieza dental y radiografías? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Ha experimentado su hijo una reacción desfavorable de la atención dental previa? Si es así, explíquelo por favor _____
- ☐ Si ☐ No ¿Su niño se chupa el dedo, el pulgar o el chupete? ¿Si sí, cuándo? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Se acuesta su hijo con un biberón o una taza para sorber? Si es así, ¿qué contiene? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Su hijo come bocadillos con frecuencia? ¿Cuáles son sus bocadillos favoritos? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Ha tenido su hijo anestesia local? Si es así, ¿hubo algún problema? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Ha sido sedado su hijo para tratamiento dental? ¿Hubo algún problema? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez se lesionaron los dientes de su hijo? Si es así, ¿qué dientes? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez su hijo o alguien de su familia inmediata ha tenido una úlcera bucal u otra úlcera en la boca? Por favor describa: _____
- ☐ Si ☐ No ¿Su hijo usa una pasta dental con fluoruro? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco? _____

Historial Médico

Doctor del Niño/Pediatra: _____ Teléfono: _____

- ☐ Si ☐ No ¿Cuándo fue la última visita de su hijo al médico y cuál fue el motivo de la visita? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Ha tenido su hijo alguna vez un problema de salud? Si es así, explíquelo por favor. _____
- ☐ Si ☐ No ¿Su hijo ha sido hospitalizado, ha tenido anestesia general o visitas a la sala de emergencias? Si es así, explíquelo por favor. _____
- ☐ Si ☐ No ¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? Si es así, indique los medicamentos. _____
- ☐ Si ☐ No ¿Su hijo es alérgico a algún alimento? Si es así, indique qué comida. _____
- ☐ Si ☐ No ¿Están al día las vacunas de su hijo? _____
- ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes del tratamiento dental? _____

Por favor marque si su hijo ha sido tratado por alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Abuso | ☐ Cancer/Tumores | ☐ Soplo Cardíaco | ☐ Células falciformes/rasgo |
| ☐ ADHD | ☐ Parálisis Cerebra | ☐ Hepatitis | ☐ Lesiones significativas |
| ☐ Reacciones a Drogas Adversas | ☐ Defectos congénitos | ☐ HIV/SIA | ☐ Ronquidos |
| ☐ Anemia | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad Hígado/IG | ☐ Problemas de Habla/Escucha |
| ☐ Asma/Respiración | ☐ Endocrino/Crecimiento | ☐ Retrasos Mentales | ☐ Espina bífida |
| ☐ Autismo | ☐ Problemas de Vista | ☐ Problemas Sociales/Personalidad | |
| ☐ Sangrado/transfusiones | ☐ Infecciones Frecuentes | ☐ Dolores de Cabeza | ☐ Problemas Amígdala/Adenoides |
| ☐ Trastornos de la sangre | ☐ Enfermedad del Corazón | ☐ Convulsiones | ☐ Tuberculosis (TB) |
| ☐ Otro: _____ | | | |

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____