



SARAH BUSH LINCOLN DENTAL SERVICES

225 RICHMOND AVE. E STE. B

MATTOON, IL 61938

Tel.: (217) 235-0800 | Fax: (217) 235-0801

Cuéntenos sobre su hijo(a)...

Nombre legal del **MENOR** _____

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sexo: Masculino Femenino Edad ____ Fecha de nacimiento _____

Raza: De color Latino Asiático Blanco/No hispano Multirracial Otro: _____ Prefiero no responder

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

¿Con quién vive el paciente? _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro

Escuela: _____

¿Su hijo(a) está en el programa de almuerzo gratis/a precio reducido? Sí No

¿Su hijo(a) tiene Medicaid/All Kids? Sí No

Si la respuesta es sí, número de identificación _____

Cuéntenos sobre la familia de su hijo(a)...

Nombre del **TUTOR** _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Proporcione toda la información de contacto y seleccione una como su opción principal para la correspondencia:

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Otro teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Estado civil: Divorciado(a) Casado(a) Soltero(a) Viudo(a)

Proporcione el nombre y la información de contacto de otros padres, tutores legales y hermanos:

Nombre

Teléfono

Tutores: _____

Hermanos: _____

Otro: _____

Contacto de emergencia (además de usted):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ Fecha: _____

Médico de atención primaria: _____
Dirección del médico: _____
Teléfono del médico: _____
Fecha del último examen médico: _____

Odontólogo anterior: _____
Teléfono del odontólogo: _____
Fecha de la última consulta odontológica: _____
Fecha de las últimas radiografías odontológicas: _____

Antecedentes odontológicos:

¿El paciente tiene alguna inquietud o pregunta odontológica? _____
¿El paciente siente dolor? Sí No Explique: _____
¿El paciente ha tenido una lesión en la boca, los dientes o la mandíbula? Sí No Explique: _____
¿El paciente tiene ansiedad dental? Sí No Explique: _____

Antecedentes médicos:

¿El paciente está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No Explique: _____
¿El paciente tiene alergias? Sí No Explique: _____
¿El paciente toma medicamentos o suplementos herbales? Sí No Detallar a continuación.

<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Dosis:</u>	<u>Frecuencia:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿El paciente ha sido operado o ha sido hospitalizado? Sí No
Hospital: _____ Cuándo: _____ Motivo: _____

El paciente tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

<u>Sí/no</u>	<u>Sí/no</u>	<u>Sí/no</u>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad/defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva/visual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado anormal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo/enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rasgo/enfermedad de células	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> falciformes/anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma/problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación/aprendizaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas musculares/articulares/óseos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SARM
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos del comportamiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas glandulares/de tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TB/Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas cutáneos/urticaria/herpes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Movilidad limitada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> labial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal	

Afirmo que la información proporcionada anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Esta información se mantendrá confidencial y es mi responsabilidad informar a esta oficina si hay un cambio en el historial de salud de este paciente. Autorizo la divulgación de esta información a proveedores de atención médica adicionales según sea necesario para el tratamiento odontológico de este paciente.

Firma del **TUTOR:** _____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____

Firma del odontólogo: _____ Fecha: _____ Hora: _____