

# Granger Pediatric Dentistry

**NOMBRE DEL NIÑO(A):** \_\_\_\_\_ Varon Mujer  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Su niño(a) vive con: Padre Madre Ambos Otro  
Direccion: \_\_\_\_\_ APT: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código de Área: \_\_\_\_\_

**PADRE:** \_\_\_\_\_ Telefono De Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Celular: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha De nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de su trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono de su trabajo: \_\_\_\_\_  
Direccion de su casa si es diferente de la del niño: \_\_\_\_\_

**MADRE:** \_\_\_\_\_ Telefono De Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Celular: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha De nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de su trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono de su trabajo: \_\_\_\_\_  
Direccion de su casa si es diferente de la del niño: \_\_\_\_\_

**Estado Civil de los Padres:** Soltero Casados Divorciado Separado Vuido

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ENCARGADO LEGAL:** \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código de Área: \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_  
**INFORMACION DE REFERENCIA:** \_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL PRIMARIO:**  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero De Poliza: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL SECUNDARIO:**  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero De Poliza: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_

Si hubiera otras personas a las cuales usted quisiera dar permiso de traer a su(s) hijo(s) a Granger Pediatric Dentistry y hacer decisiones para tratamiento, porfavor nombrarlos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

\*\*\*Continue Historial Medico en la parte de atras\*\*

**HISTORIAL MEDICO:**

Nombre de el Doctor Primario de su nino(a): \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Ocupa citas de algun Doctor especiallizado en ciertas condiciones medicas? En caso affirmativo describa:

Nombre de el Doctor de su nino(a): \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**SU NINO(A) PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?**

MARQUE con una X.

AUTISMO	
ADHD	
ALERGIAS	
ANEMIA	
CONYUTURAS ARTIFICIALES	
ASMA	
SIDA	
ENFERMEDADES DE LA SANGRE	
TRANSFUSIONES DE SANGRE Fecha de transfucion:	
MAL COMPORTAMIENTO/ PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	
PROPBLEMAS RESPIRATOROS / PULMON	
CANCER	
DEFECTOS DE NACIMIENTO	
TUBOS EN LOS OIDOS	
SISTEMA ENDOCRINO	

SISTEMA GASTRICO	
FIEBRE REUMATICA	
CONVULSIONES	
DESMAYOS	
TIENE PROBLEMAS DEL OIDO/VISTA	
CONDICION DEL CORAZON	
SOPLO DEL CORAZON	
DANO A LA CABEZA	
DOLOR DE CABEZA FRECUENTES	
ENFERMEDAD DEL RINON	
ENFERMEDAD DEL HIGADO	
DESORDEN MENTAL O FISICO	
DESARROIIO LENTO	
EMBARAZO Fecha de dar a luz:	
TRATAMIENTO CON RADIACION	

TRATAMIENTO RESPIRATORIO	
SINDROME DE DOWN	
VOMITo/DIARREA	
ALERGIAS/REACCION ADVERSA A MEDICINAS Si es si, a que tipo de medicinas:	
INFECCIONES FRECUENTES Si es si, que tipo de infecciones:	
PADECE DE ALGUN TIPO DE SINDROME? Si es si, favor de describer:	
OTRAS CONDICIONES MEDICAS QUE NO ESTAN EN LA LISTA? Si es si, favor de describer:	

**He leido las preguntas anteriores y contestado con mi mayor conocimiento.** Una vez que su cita este agendada, el tiempo esta reservado especificamente para su hijo. Tenemos el derecho de cobrar un recargo de \$30 por una cita perdida o cancelacion de ultimo momento. Tres (3) citas perdidas o ancladas sin 24 horas de anticipo podria eliminar la habilidad de hacer mas citas en esta oficina.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_