



MICHAEL P. MARFORI, D.M.D.
PEDIATRIC DENTISTRY
4151 Hunter's Park Lane, Suite 124
Orlando, FL 32837
407.-859.1418 Fax 407.859.1252

Información de Paciente

Nombre de Niño: _____ Apodo: _____ Hombre Mujer
Apellido Nombre Inicial

Edad: _____ Fecha de nacimiento del niño _____ Escuela: _____ Grado _____

Dirección del niño: _____ Tel. Casa: _____

Hermanos que tratamos: _____

¿Quién acompaña al niño hoy?

Nombre: _____ Relación: _____ ¿Tiene Ud.custodia legal de este niño? Si No

En caso de emergencia, contacto (nombre y telefono): _____

¿A quién debemos agradecerle esta referencia? _____

Información De Los Padres

Madre/Tutora Nombre: _____	Padre/Tutor Nombre: _____
Fecha de nac.: _____	Fecha de nac.: _____
Dirección: _____ _____	Dirección: _____ _____
Empleador/patron: _____	Empleador/patron: _____
Ocupación/profesión: _____	Ocupación/profesión: _____
#Licencia de manejar: _____	# Licencia de manejar: _____
Tel. Trabajo: _____	Tel. Trabajo: _____
Tel. Casa: _____	Tel. Casa: _____
Tel. Celular/Otro: _____	Tel. Celular/Otro: _____
Email: _____	Email: _____
Estado civil de los padres: _____	Estado civil de los padres: _____

Información De Seguros Dental

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Tel. de la compañía de seguros: _____ número de grupo(#de Plan) _____

Nombre del asegurado: _____ Relación a niño: _____

Fecha de nac. de asegurado: _____ #SSN: _____ Empleado asegurado: _____



MICHAEL P. MARFORI, D.M.D.
PEDIATRIC DENTISTRY

Historial Dental

¿ha sufrido alguna vez su hijo de alguno de los problemas relacionados dentales siguientes?

- | Si | No | | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del habla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chasquidos o el dolor de la mandibula (derecha, izquierda o ambas) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hábito de pulido o bruxismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infeccion dental anterior o absceso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dientes manchados o descoloridos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor de dientes, Dónde? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes labial o herpes febril | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herida pasada o trauma a dientes, labios de la boca o cara |

Su niño ha sido prescrito suplementos de fluoruro/usa pasta de dientes fluorada? Si No

Si la respuesta es sí, por favor explique _____

¿Se cepila el niño los dientes dos veces al dia? Si No Si es así, ¿usted ayudar? Si No

¿Su hijo/hija chupa un dedo pulgar, dedo, pacificador (chupete) o manta? Si No

¿Cómo usted predeciría la conducta de su hijo/hija hoy? Cooperativa Nervioso Desafiante No Se

¿Ha sido tratado alguna vez su hijo/hija por un dentista? Si No ¿Un dentista pediátrico? Si No

Si es así, ¿quién? _____

El número de teléfono del dentista anterior: _____ ¿Cuándo fue la última visita dental de su hijo? _____

¿Se tomaron radiografías en esa visita? Si No No Se

¿Cuáles son sus principales preocupaciones con respecto a salud oral del niño?

Historial Medico

Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes o rasgo (Cuando? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión, Paperas o Varicela
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden sangrante o Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyerthermia malign
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía y/o Adenoidectomía/Cuando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de piel o Eczema _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematomas o sangrados fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (tipo _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia o desórdenes de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas del oído /otitis media
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco inocente o patológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis o resultado de pruebas positive (Cuando? _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden inmunologic; HIV, AIDS or ARC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Están embarazados la madre o el paciente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición Cardíaca _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apendectomía (Cuando? _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión o Hipotensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias Estacionales, fiebre del heno, etc.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática/Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Melitus(NIDDM or IDDM__x day)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Cística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsión Febril, Desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma o problemas del pulmón (Nebulizador o Inhalador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentes dolores de cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacimiento prematuro/Semanas antes _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer, Linfoma o Leucemia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnosticado con ADD, ADHD o Hiperactividad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones; Epilepsia (último episodio _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Labio leporino y/o paladar (derecha, izquierda) (bilateral, unilateral)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos/síndrome de nacimiento congénitos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad de aprendizaje (Leve, Moderada, Severo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral, Distrofia Muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autista (leve, moderada, severo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Riñón o Trasplante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Neurológico; Hidrocefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desventajas o Discapacidades: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraso en el desarrollo: Aprox. funciones del niño de la edad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estancias hospitalarias o traumas significativo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado o Trasplante _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es la inmunización del niño la corriente de registro?			

Comentarios(Usó de la Oficina):

Por favor liste todos los medicamentos que el paciente esta tomando actualmente _____

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su hijo/hija es alérgico o ha tenido una reacción adversa a un medicamento? si es así ¿cuál? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene su hijo/hija una alergia a látex, alimentos o tintes? ¿es así cuál? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras condiciones médicas no notadas encima: _____

Por favor indique los nombres y números de teléfono de todos los médicos que están tratando a su hijo/hija.

Tipo de medico _____	El nombre del medico _____	Tel. de la Oficina _____
Tipo de medico _____	El nombre del medico _____	Tel. de la Oficina _____
Tipo de medico _____	El nombre del medico _____	Tel. de la Oficina _____

Consentimiento y Autorización

Entiendo que la información que he dado es correcta y lo mejor de mi conocimiento, y que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad. Debido que mi hijo/hija es menor de edad, es necesario obtener el permiso firmado de un padre o tutor legal antes de que cualquier servicio dental se puede iniciar. Yo autorizo Dr. Michael P. Marfori y personal consentimiento específico para hacer un examen oral, tomar las medidas de rayos X, limpieza de los dientes, darle un tratamiento de fluoruro, y dar instrucciones de higiene oral, si se considera necesario, entiendo que va a ser consultados antes de cualquier tratamiento es prestado.

Yo autorizo a la compañía de seguros indicado en este formulario para pagar el Dr. Marfori todos los beneficios del seguro de que mi seguro pague por los servicios prestados, autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro. Yo autorizo al Dr. Marfori facilitar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro.

Firma del Padre/Tutor

Fecha