



Children's Dentistry of Kyle
Jeremy Wittich D.D.S
4100 Everett Street, Suite 215
Kyle, TX 78640
Phone: (512) 268-4400
Fax: (512) 268-4402

Formularios para Pacientes Nuevos

Información de Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Seg.Nombre: _____

Nombre Preferido: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Medico Del Paciente: _____ Teléfono: _____

Información de los Padres:

Nombre de Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Seguro Social: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Seguro Social: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____ Correo Electrónico: _____

Como se entero de nosotros? Anuncio/Cartel ___ Internet ___ Conducir por Edificio ___
Programa de Toothfairy ___ Amigo/Familia _____ Referencia de _____
Otro _____

Contacto de Emergencia (que no vivo con usted):

Dirección: _____ Teléfono: _____

NAME: _____

Su hijo ha tenido una dificultad asociada con el trabajo dental? Si ___ No__

Su hijo ha tenido algún dolor o sensibilidad en la articulación de la mandíbula?
(TMJ/TMD?) Si ___ No__

Su hijo se cepilla los dientes diarios? Si ___ No ___

Su hijo usa hilo dental diariamente? Si ___ No ___

Su hijo tiene algún habito?

Chuparse los labios ___ Morderse las nuñas ___ Chuparse el dedo/Chupar los dedos ___
Uso de botella/biberón___

Esta su hijo bajo el cuidado de un medico? Si ___ No__

Por favor, describa la salud del niño:

Bueno___ Razonable ___ Malo ___

Por favor escriba todos los medicamentos que niño esta tomando:

El niño ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

Soplo del corazón___

Asma ___

Fiebre Reumática___

Defectos Congenitos del
Corazón ___

Alergia al látex ___

Alergias a alguna droga ___

Cáncer ___

Diabetes ___

VIH+/SIDA ___

Hemofilia___

Hepatitis ___

Tuberculosis ___

Prótesis ___

Convulsiones/Epilepsia ___

Sangrado anormal___

Discapacidad Auditiva ___

Riñón/Problemas del hígado__

Minusvalías/Discapacidad___

Historia de Escarlatina: _____

Cualquier Operación: _____ Estancias en el Hospital: _____

Cualquier problema de salud grave que el niño ha tenido:

Porque _____ es un menor de edad, es necesario obtener la firma del tutor/padre que se hace responsable de los saldos pendientes y/o los cargos no cubiertos por los seguros dentales y el permiso antes de dar cualquier servicio dental necesario se puede realizar. La autorización se concede.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Relación con el Paciente: _____