

**Dr. Joel R. Clark, DDS & Dr. Trevor Jensen, DDS**

1810 S. Crismon Rd, Ste189

7400 S Power Rd, Ste 132

Mesa, AZ 85209

Gilbert, AZ 85297

480-503-FROG (3764)

Fax 480-380-0336

Email: [kidsteeth20@hotmail.com](mailto:kidsteeth20@hotmail.com)**Forma de  
Registración  
del Paciente****CUENTENOS ACERCA DE SU NIÑO**

Apellido del Niño: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Sobrenombre: \_\_\_\_\_ Masc \_ Fem\_\_  
 Fecha de Nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_ Edad del Niño: \_\_\_\_\_ Escuela del Niño: \_\_\_\_\_ Año que cursa: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del Niño: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Tiene usted otros niños que no son pacientes aquí que se beneficiarían de nuestros servicios? Sí o No  
 Por favor ponga sus nombres y edades: \_\_\_\_\_

**QUIEN ACOMPAÑA AL NIÑO HOY?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Tiene usted custodio legal del niño? \_Sí \_No  
 En caso de emergencia, podemos contactar (nombre y teléfono): \_\_\_\_\_  
**Quien les contó de nuestra oficina?** \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE TIENE RESPONSABILIDAD DE LA CUENTA****Información del Padre:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Occupación: \_\_\_\_\_

Num. de Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia de Manejar : \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Celular #: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

**Información de la Madre:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Occupación: \_\_\_\_\_

Num. de Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia de Manejar : \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Celular #: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Estado de los padres: \_\_\_\_\_ Casados \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Solteros

**SEGURO DENTAL****Compañía del Seguro Dental:** \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía: \_\_\_\_\_ Num. de Identificación #: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Num. de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Primer Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacim. del Primer Asegurado: \_\_\_\_\_ Num. de Seg. Social#: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Num. de Identificación #: \_\_\_\_\_ Num. de Grupo: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

Yo afirmo que la información provista es correcta. Tambien doy permiso al uso de toda información necesaria entra las personas que la requiere para el tratamiento de mi niño, o para el propósito de pagar la cuenta o referencia de crédito. En ciertas circunstancias, yo autorizo pagos de beneficios del seguro dental directamente al Dr. Joel R. Clark & Dr. Trevor Jensen. Entiendo que la compañía del seguro dental que ocupo puede pagar menos de la cuenta completa de servicios. Entiendo que soy responsable para pagar por servicios que no se pagan completamente por el seguro dental.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor\_\_\_\_\_  
Fecha

Hijo/Hijas \_\_\_\_\_

Doctor's initials \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

- 1. Visita el paciente al medico actualmente para cualquier problema?.....  Sí  No
  - a. Si visita al medico actualmente, desde cuando y porque? \_\_\_\_\_
- 2. Nombre del Medico \_\_\_\_\_
- 3. Toma su niño alguna medicina recetada por el medico?.....  Sí  No
  - a. Lista de Medicaciones \_\_\_\_\_
- 4. Toma su niño alguna medicina no recetada por el medico?.....  Sí  No
  - a. Lista de Medicaciones \_\_\_\_\_
- 5. Tiene su niño alérgias de estaciones? .....  Sí  No
- 6. Es alérgico el niño a cualquier comida?.....  Sí  No
  - a. Anótelo por favor \_\_\_\_\_
- 7. Es alérgico el niño a algun material (metal o latex) .....  Sí  No
  - a. Anótelo por favor \_\_\_\_\_
- 8. Es alérgico el niño a algun medicamento, como penicilina? .....  Sí  No
  - a. Anótelo por favor \_\_\_\_\_
- 9. Tiene su niño otras alérgias? .....  Sí  No
  - a. Anótelos por favor \_\_\_\_\_
- 10. Ha tenido su niño una enfermedad grave?.....  Sí  No
- 11. Ha tenido su niño cirugía o estado en el hospital? .....  Sí  No
- 12. Ha tenido su niño cualquier de lo siguiente? Por favor, responde a cada pregunta:
  - Autismo .....  Sí  No
  - Problemas del corazón, soplo, o cirugía.....  Sí  No
  - Fiebre rehumática o fiebre escarlata .....  Sí  No
  - Asma, tuberculosis (T.B.), o problemas de los pulmones .....  Sí  No
  - SIDA o infección de VIH .....  Sí  No
  - Hemofilia o problemas de sangrar .....  Sí  No
  - Anemia drepanocítica/Desórdenes de la sangre .....  Sí  No
  - Hepatitis o problemas del hígado .....  Sí  No
  - Infección de los rinoñes .....  Sí  No
  - Diabetes .....  Sí  No
  - Cancer, tumores, leucemia .....  Sí  No
  - Problemas de tiroides u otras glandulas.....  Sí  No
  - Epilepsia, convulsiones, desmayos.....  Sí  No
  - Paralysis cerebral o problemas del desarrollo .....  Sí  No
  - Problemas de la visión .....  Sí  No
  - Problemas del hablar o oír .....  Sí  No
  - Problemas emocionales o psicológicos.....  Sí  No
  - Defectos presents al nacer.....  Sí  No
  - Paladar o labio hendido.....  Sí  No
  - Hipertermia maligna .....  Sí  No
  - Otra condición médica .....  Sí  No
  - Es el paciente o su padre embarazada? .....  Sí  No
  - Sensibilidad o alergia al látex o el hule .....  Sí  No

NOTES:

**PROPOSITO DE LA VISITA HOY:**

**HISTORIA DENTAL**

- 1. Cuando y donde fue la ultima visita de su niño al dentist? \_\_\_\_\_
- 2. Que fue el proposito de la visita? \_\_\_\_\_
- 3. Tomaron radiografias durante la ultima visita dental de su niño?.....  Sí  No
- 4. Fue difícil para su niño cooperar con el tratamiento? .....  Sí  No
- 5. Come o comió su niño de la botella? .....  Sí  No
- 6. Toma o tomó su niño de pecho?.....  Sí  No
- 7. Anote la edad del niño cuando dejó de tomar de pecho o botella: \_\_\_\_\_
- 8. Cuando se cepillan los dientes de su niño?
  - Al amanecer  Despues de comer cualquier comida
  - Despues de las comidas regulares  Antes de acostarse
- 9. Ayuda usted al niño cuando cepilla sus dientes? .....  Sí  No
- 10. Toma fluoruro (de receta)? .....  Sí  No
- 11. Ha tenido caries el niño en el pasado?.....  Sí  No
- 12. Se han quitado algunos dientes (de leche o permanents) por el dentista? ... ..  Sí  No
- 13. Ha tenido el niño herida(s) a los dientes? .....  Sí  No
- 14. Ha tenido algun miembro de la familia los frenos?.....  Sí  No
- 15. Ha tenido su niño un dolor de diente?.....  Sí  No
  - Explique del dolor: \_\_\_\_\_
- 16. Piensa usted que su niño va a cooperar?.....  Sí  No
- 17. Tiene su niño hermanos que atendemos nosotros? ....  Sí  No

**CONSENTIMIENTO**

Entiendo que la información que he dado es correcto y que se mantendrá en confianza completa. Debido a que mi niño es de menor edad, es necesario que permiso de firma se obtiene de un padre o guardian legal antes de que servicios dentales se hacen. Yo le doy mi consentimiento a Dr. Joel R. Clark & Dr Trevor M Jense y su personal a completer tal tratamiento, servicios, medicaciones, técnica de obtener cooperación, anestesia local, y/o medicaciones para dolor que sea necesario para tratar cualquier problema o infección dental/oral.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FECHA