



GOODLETTSVILLE

206 RIVERGATE PARKWAY
SUITE A
GOODLETTSVILLE, TN 37072
PHONE: 615.859.9994
FAX: 615.859.9939

NASHVILLE

2011 CHARLOTTE AVE
SUITE A
NASHVILLE TN, 37203
PHONE: 615.327.0322
FAX: 615.320.5719

MT. JULIET

5003 CROSSING CIRCLE
SUITE 100
MT. JULIET, TN 37122
PHONE: 615.5534125
FAX: 615.553.4133

www.ourkidzcare.com

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEGURO SOCIAL # _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____ ESCUELA _____

DIRECCION DEL PACIENTE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

NOMBRE DEL PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURO SOCIAL # _____

PADRE PADRASTRO GUARDIAN

ESTADO CIVIL: SOLTERA () CASADA () SEPARADO () DIVORCIADA () VIUDA () OTRO () _____

DIRECCION DEL PADRE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO DEL PADRE (CASA) _____ TRABAJO _____ CELLULAR _____

EMPLEO DEL PADRE _____ OCUPACION _____ CORREO ELECTRONICO _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURO SOCIAL # _____

MADRE MADRASTRA GUARDIAN

ESTADO CIVIL: SOLTERA () CASADA () SEPARADO () DIVORCIADA () VIUDA () OTRO () _____

DIRECCION DE LA MADRE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO DE LA MADRE (CASA) _____ TRABAJO _____ CELLULAR _____

EMPLEO DE LA MADRE _____ OCUPACION _____ CORREO ELECTRONICO _____

EN CASO DE EMERGENCIA, NOMBRE Y TELEFONO DE FAMILIAR O AMIGO CERCANO (QUE NO VIVA CON USTED)

QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA? _____
CUANTOS NIÑOS? _____ EDADES _____ TIENE SEGURO DENTAL? NOMBRE _____

HISTORIAL DEL PACIENTE SOLAMENTE. PORFAVOR CHECAR TODAS LAS QUE APLICAN:

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> SANGRADO PROFUSO | <input type="checkbox"/> CATARROS FRECUENTES | <input type="checkbox"/> LABIO LEOPORINO | <input type="checkbox"/> OTRO: |
| <input type="checkbox"/> SOPLO CORAZON | <input type="checkbox"/> DESORDEN NERVIOSO | <input type="checkbox"/> EMBARAZO | <input type="checkbox"/> HIPERACTIVO | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESION | <input type="checkbox"/> TIROIDES | <input type="checkbox"/> DIETAS ESPECIALES | <input type="checkbox"/> CANCER | <input type="checkbox"/> ANEMIA | |
| <input type="checkbox"/> RIÑONES | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA | <input type="checkbox"/> DEFICIENCIA IMMUNE | <input type="checkbox"/> NADA | |
| <input type="checkbox"/> ESTOMAGO | <input type="checkbox"/> COLICOS | <input type="checkbox"/> SINUSITIS | <input type="checkbox"/> CORTO DE RESPIRACION | | |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> HIGADO | <input type="checkbox"/> FIEBRE ESCARLETA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD EN LA SANGRE | | |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> AUTISMO | <input type="checkbox"/> CORAZON | | | |
| <input type="checkbox"/> TOS CRONICA | <input type="checkbox"/> CIEGO | | | | |
| <input type="checkbox"/> SORDO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MUDO | | | | | |

ESTA EL NIÑO(A) TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? SI / NO SI ES ASI, CUAL? _____

TIENE EL NIÑO(A) UNA INCAPACIDAD MENTAL? SI / NO TIENE EL NIÑO(A) UNA INCAPACIDAD FISICA? SI / NO

ALGUNA VEZ SU HIJO/HIJA A PADECIDO O TIENE UNA REACCION ALERGICA A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MEDICINAS?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> PENICILINA | <input type="checkbox"/> DROGAS DE SULFA | <input type="checkbox"/> ANESTESICOS LOCALES |
| <input type="checkbox"/> AMOXILINA | <input type="checkbox"/> LATEX | <input type="checkbox"/> BARBITURICOS |
| <input type="checkbox"/> ASPRINA | <input type="checkbox"/> CODEINE | <input type="checkbox"/> OMNICEF |
| <input type="checkbox"/> AUGMENTIN | <input type="checkbox"/> ANESTESICOS GENERALES | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

Nombre del pediatra _____ Telefono _____ Fecha del ultimo examen medico? _____

POR FAVOR INDIQUE LA RAZON PARA SU VISITA HOY:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> CHEQUEO RUTINARIO | <input type="checkbox"/> SANGRADO ALREDEDOR DE DIENTE | <input type="checkbox"/> HINCHAZON EN LA CARA | <input type="checkbox"/> APRETADURA DE DIENTES |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE DIENTE | <input type="checkbox"/> APARIENCIA DEL DIENTE | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN EL DIENTE | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO | | | |

Como usted siente que su niño reaccionara al dentista? _____ Su niño ha vistado a un dentista antes? _____

Su niño se relaciona bien con otros niños? _____ Su niño se relaciona bien con los adultos? _____

Usted siente que su niño necesitara cuidado especial? _____ Usted siente que su niño (a) necesitara frenos? _____

Firma del padre o guardian legal para niño (a) menores de edad: _____ Relacion _____ Fecha _____

NOTA: Ningun paciente menor de 18 años puede ser dejado en la oficina sin supervision. Padre ó Guardian tiene que estar presente en la oficina en el transcurso de su cita ó no se hara ningun tratamiento al paciente. TODOS LOS PAGOS SON DEBIDOS EL DIA DE SU CITA Y AL MOMENTO QUE SE REGISTRE EN LA VENTANILLA.