



Información de Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
M D A

Edad: ____ Grado: ____ Escuela: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Nombre de Mamá _____ Ocupación _____ Teléfono _____

Nombre de Papá _____ Ocupación _____ Teléfono _____

Nombre de Tutor Legal _____ Ocupación _____ Teléfono _____

Email: _____ Plan Médico: _____

Deporte o juego favorito: _____ Juguete favorito: _____

¿Quién lo refiere? _____

¿Padece de algunas de las siguientes enfermedades o condiciones?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Anemia | ☐ Hepatitis | ☐ Condiciones Psicológica |
| ☐ Asma | ☐ Del corazón | ☐ Espina Bífida |
| ☐ Autismo | ☐ Discapacidad Intelectual | ☐ Fiebre Reumática |
| ☐ Convulsiones | ☐ Retraso en el Desarrollo | ☐ Hemorragias |
| ☐ Diabetes Juvenil | ☐ Riñones | ☐ Hemofilia |
| ☐ Déficit de Atención | ☐ Hígado | ☐ HIV Positivo |
| ☐ Hidrocefalia | ☐ Presión Alta | ☐ Perlesía Cerebral |

Otros: _____

☐ Impedimento Físico (Especifique): _____

☐ Alergias (¿a qué?): _____

¿Es alérgico a algún medicamento? (Si la respuesta es sí por favor indique como fue la reacción)

¿Está tomando alguna medicamento? ☐ Si ☐ No

¿Cuál? _____



Historial Dental

¿Está bajo tratamiento médico actualmente? ☐ Si ☐ No

¿Ha recibido anestesia general alguna vez? ☐ Si ☐ No

¿Ha estado Hospitalizado? ☐ Si ☐ No

¿Por qué razón? _____

Última visita al dentista: _____

Propósito de la visita: _____

Alguna experiencia dental poco placentera:

¿Ha recibido algún trauma en la boca o dientes?__

¿Se chupa el dedo? ☐ Si ☐ No ¿Chupa bobo? ☐ Si ☐ No

¿Hasta qué edad utilizó el bobo? ____

¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia alguna vez? ☐ Si ☐ No

¿Cuántas veces se cepilla al día? _____ ¿Qué pasta dental utiliza? _____

¿Utiliza enjuagues de fluoruro? _____ ¿Cuál? _____

Actitud del niño con el dentista: _____

¿Ha recibido extracciones dentales? _____

Experiencia: _____



Información de Paciente

Consentimiento de Manejo Pediátrico y Autorización de Tratamiento Dental

¿Qué es el manejo pediátrico?

El manejo pediátrico es un conjunto de técnicas utilizadas por el Dentista Pediátrico para ayudar a los niños que presentan miedo, ansiedad o dificultades de conducta durante el tratamiento dental. Estas técnicas pueden incluir apoyo psicológico, restricción física, uso de equipos especiales o personal adicional y sedación. El manejo pediátrico **puede generar cargos adicionales**, los cuales se calcularán según el tiempo y el tipo de técnica utilizada. Aunque la Asociación Dental Americana (ADA) reconoce estos procedimientos, **la mayoría de los seguros no los cubren**. Si su plan los incluye, deben aparecer bajo el código D9920.

Por medio de la presente, autorizo a la Dra. Glenda Rodríguez Aguiar para que realice en mi hijo(a) _____ cualquier procedimiento quirúrgico o dental necesario, incluyendo la administración de anestesia, medicamentos, diagnósticos y cualquier tratamiento dental que considere pertinente.

Asimismo, doy mi consentimiento para que, en caso de surgir alguna condición o situación imprevista durante el transcurso de dichos procedimientos, la Dra. Rodríguez Aguiar pueda llevar a cabo cualquier procedimiento dental adicional que, a su mejor juicio y discreción profesional, estime necesario.

He leído y entiendo toda la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Con este documento, doy mi consentimiento para el manejo pediátrico y la realización de los tratamientos dentales que la Dra. Glenda Rodríguez Aguiar considere necesarios.

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

Firma

Fecha