



MICHAEL P. MARFORI, D.M.D.
PEDIATRIC DENTISTRY
 4151 HUNTER'S PARK LANE, # 124
 ORLANDO, FL 32837
 407.859.1418
 www.DRMARFORI.COM

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Apodo: _____ Hombre Mujer
 Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Direccion: _____
 Tel. de la casa: _____ S.S.N. _____
 Hermanos o hermana que tratamos: _____

QUIEN ACOMPAÑA AL PACIENTE HOY?

Nombre: _____ Relación: _____ Tiene usted custodia legal del paciente? Si No
 En caso de emergencia, contacto (nombre y telefono): _____
 A quién debemos agradecerle esta referencia? _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Madre/Tutora	Padre/Tutor
Nombre: _____ Fecha de nac _____	Nombre: _____ Fecha de nac _____
Direccion: _____	Direccion: _____
Empleo: _____	Empleo: _____
Ocupación: _____	Ocupación: _____
S.S.N. _____	S.S.N. _____
# Licencia de manejar: _____	# Licencia de manejar: _____
Home Phone: _____	Home Phone: _____
Tel. Trabajo: _____	Tel. Trabajo: _____
Tel. Celular/Otro: _____	Tel. Celular/Otro: _____
E-mail: _____	E-mail: _____
Estado civil de los padres: _____	Estado civil de los padres: _____

INFORMACION DEL SEGURO 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: _____

HISTORIAL DENTAL

Ha sufrido alguna vez su hijo de alguno de los problemas relacionados dentales siguientes?
 Si No Si No
 Problemas del hablar Hábito de pulido o bruxismo
 Herpes labial o herpes febril Infección dental previa o absceso
 Dientes manchados o descoloridos Dolor de dientes, Dónde? _____
 Chasquidos o el dolor de la mandíbula Herida pasada o trauma a dientes, labios de la boca o cara
 (derecha, izquierda o ambas)
 Su niño ha sido prescrito suplementos de fluoruro/usa pasta de dientes fluorada? Si No Si la respuesta es sí, por favor explique: _____
 Se cepilla el niño los dientes dos veces al día? Si No Si es así, usted ayuda? 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
 Si es así, Quién? Si No
 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 PACIENTE?

DENTAL HISTORY

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

Comments (Office Use Only):

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

- Si No
- Su hijo/hija es alérgico o ha tenido una reacción adversa a un medicamento? Si es así, Cuál? _____
- Tiene su hijo/hija una alergia a látex, alimentos o tintes? Es así cuál? _____

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 presentado.

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

SUBMIT