

PRACTICE LIMITED TO PEDIATRIC  
DENTISTRY  
NJ SPECIALTY PERMIT #s 3001 & 6340  
AND  
ORTHODONTICS  
NJ SPECIALTY PERMIT # 3211

**Norman J. Schwartz, D.M.D., P.A.**  
**Amy Schwartz Phillips, D.M.D.**  
**Arthur J. Appel, D.D.S.**  
14 Westfield Avenue, East  
Roselle Park, NJ 07204  
Phone 908-245-7700 Fax 908-245-7791

Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia Personal**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_  
Nombre apellido

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Pasatiempos, mascotas, \_\_\_\_\_  
del niño del niño de nacimiento - mes/día/año programa de t.v. favorito

Padre 1: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # Seguro social \_\_\_\_\_  
(Dr., Mr., Mrs., Ms., Miss) Nombre apellido mes/día/año

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Numero calle ciudad/estado código postal CELL#: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Numero calle ciudad/estado código postal

Padre 2: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # seguro social \_\_\_\_\_  
(Dr., Mr., Mrs., Ms., Miss) Nombre apellido mes/día/año

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  
(Si es diferente) Numero calle ciudad/estado código postal CELL#: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Podemos llamarte al \_\_\_\_\_  
del Empleador del trabajo? trabajo? si o no  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Numero calle Ciudad/estado código postal

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ (para dar información sobre las citas)

Si tiene otros hijos escriba los nombres aquí  
apellido (si es diferente) nombre fecha de nacimiento

**INFORMACION DEL SEGURO**

Si tiene usted cobertura de seguro dental, por favor complete lo siguiente:

Seguro 1: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía del seguro numero de la policía

Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía del seguro teléfono

Seguro 2: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía del seguro numero de la policía

Dirección \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía del seguro teléfono

Autorizo para dar información:

Por medio de la presente autorizo al dentista nombrado anteriormente para proveer a cualquier compañía(s) de seguro, reclamos administrativos y consulta de cuidado medico profesional información concerniente acerca del cuidado de la salud, consejos, tratamiento, o materiales proveídos. Esta información será usada exclusivamente para propósitos de evaluación y reclamos de administración de beneficios. **Estoy consciente que yo soy financieramente responsable por cualquier costo no cubierto por mi seguro dental.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Ver dorso, por favor)

Historia Dental

¿Cual es la razón de esta visita (primera exanimación? Chequeo? Dolor?) \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo hace de la ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_

La ultima visita de su niño (al dentista) ¿fue agradable o desagradable? \_\_\_\_\_ Si fue desagradable, como reacciono (su niño)? \_\_\_\_\_

¿Se opuso a algo en particular? \_\_\_\_\_

Historia Médico

Nombre del medico o pediatra: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna alergia? ¿Cual son? \_\_\_\_\_

¿Esta su hijo tomando algún medicina ? \_\_\_\_\_ el razón? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguna vez alguna reacción a un medicamento como penicilina, aspirina, etc.? \_\_\_\_\_

¿Como se llama el medicamento? \_\_\_\_\_

¿Que tipo de reaccion? \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo alguna vez hospitalizado o en alguna sala de emergencia? \_\_\_\_\_ Si ha estado, por que razón? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene su hijo algún problema emocional, mental o nervioso? \_\_\_\_\_

Por favor, marca lo siguiente, si su hijo lo ha tenido: y a que edad? \_\_\_\_\_

- |  |   |  |                                      |
|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón    | <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> <b>Otra</b> |
| <input type="checkbox"/> Soplo de corazón          | <input type="checkbox"/> problemas endocrinos | <input type="checkbox"/> PDD                             | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         | <input type="checkbox"/> Autismo                         | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del ligado     | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática     | <input type="checkbox"/> problemas de hablar             | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Varicela             | <input type="checkbox"/> problemas en la escuela         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangramiento | <input type="checkbox"/> Sarampión            | <input type="checkbox"/> defecto congénito de nacimiento |                                      |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta              | <input type="checkbox"/> Paperas              | <input type="checkbox"/> leucemia                        |                                      |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> STD                  | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy                  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia                 | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA             | <input type="checkbox"/> Ansiedad                        |                                      |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia   | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                        |                                      |

**Ninguno de los ha mencionado**

Ha tenido alguien (en la familia mas cercana) uno de las siguientes enfermedades?

Diabetes  Enfermedad del corazón  Cáncer  Tuberculosis  Problemas de sangramiento ( ) **Ninguno**

Signatura del padre o custodio \_\_\_\_\_ -

Información adicional: