



Historia Medica

Nombre del paciente: _____ fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Correo Electrónico: _____

Número del teléfono: _____ Numero del celular: _____

Hay cambios en su salud dental: Si No

Por favor explique: _____

Hay cambios en su salud medica: Si No Alergias (penicilina, látex): _____

Por favor explique: _____

Está tomando medicamentos? Si No Nombre: _____

Nombre de seguro dental: _____

Firma de padres/guardián: _____ Fecha: _____