



## **Sobre el Paciente**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Prefiero que le llamen \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Niño  Niña  
Dirección \_\_\_\_\_ # de apartamento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Nombre de escuela \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

## **Sobre los Padres**

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Número de trabajo \_\_\_\_\_ Número de celular \_\_\_\_\_  
Nombre del padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Número de trabajo \_\_\_\_\_ Número de celular \_\_\_\_\_

A quien podríamos dar las gracias por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
Nombre y teléfono de un pariente cercano: \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

## **Historial Medico de Su Niño**

Actualmente, esta bajo atención medica ?  No  Si \_\_\_\_\_  
Por favor explique \_\_\_\_\_  
Estado de Salud:  Bueno  Normal  Mal  
Nombre y teléfono del doctor general o clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha de último examen medico: \_\_\_\_\_  
Esta tomando algún medicamento con o sin receta?  No  Si, \_\_\_\_\_  
El niño(a) ha estado hospitalizado?  No  Si, \_\_\_\_\_  
Expliqué por que y el ano \_\_\_\_\_

## Existen alergias

Aspirina  
Codeína  
Anestésica bucales

Eritromicina  
joyas/metales  
Látex

Penicilina  
Tetraciclina  
otro \_\_\_\_\_

## Ha Tenido algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Alergias a drogas o anestésicos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Hepatitis_____                | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Epilepsia                 |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Asma o fiebre de heno           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Ampollas de Fiebre            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Dolor de cabeza frecuente |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Anemia                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Derrame cerebral              |   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Transfusión de sangre           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Sangrado excesivo             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Marcapasos                |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Autismo                         |   |   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Defecto congénito del Corazón   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tuberculosis (TB)             |   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tratamiento de Radiación        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Diabetes                      |   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Dificultad respiratoria         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Convulsiones                  |   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Problemas psiquiátricos         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Anemia de células falciformes |   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Problemas de sinusitis          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cáncer                        |   |
| Otro _____  | Nombre de Especialista _____  |   |

## Historial Dental

Explique el motivo por su visita de hoy ?

Fecha de último examen dental

- No  Si Sufre su niño/niña dolor o molestia de diente(s)?  No  Si Requiere de antibióticos antes del tratamiento?
- No  Si Ha tenido problemas serios o complicaciones asociadas con trabajos dentales?
- No  Si Dientes sensibles al frío, caliente o dulce
- No  Si Se cepilla los dientes a diario  No  Si Utiliza hilo dental a diario
- No  Si Tiene inflamación en la encía  No  Si Frecuentes ampollas en los labios o la boca

## Seguro Dental

Nombre de la aseguranza

Teléfono de la aseguranza

Domicilio de la aseguranza

Cuidad

Postal

Nombre del asegurado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Numero de seguro social o ID del asegurado

A mi mayor entender, la información dada es correcta. Entiendo también que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño(a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma del padre o madre

Fecha