



# 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: \_\_\_\_\_