



HISTORIA DE SALUD NUEVOS PACIENTES

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

Estado de Salud: Bueno Normal Mal Por favor explique _____

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 medicos

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

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