

This PDF from requiring Adobe Reader XI then higher version. If your Adobe Acrobat Reader is lower, it may not operate well. Please update to the latest version.



# Información del Paciente

Today's Date: \_\_\_\_\_

NOTA: El padre o guardián que acompaña al menor es responsable del pago al momento del servicio.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Tel. Casa #: \_\_\_\_\_  
SS #: \_\_\_\_\_  
Dirección (Address): \_\_\_\_\_

## Información de la Madre

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Casa #: \_\_\_\_\_  
Patrona: \_\_\_\_\_  
SS #: \_\_\_\_\_ DL #: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información del Padre

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Casa #: \_\_\_\_\_  
Patrona: \_\_\_\_\_  
SS #: \_\_\_\_\_ DL #: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Quien Acompaña al Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Tiene usted la custodia de este niño?  
Si No

## Persona Responsable por la cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Casa #: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental Primario

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Núm. Teléfono: \_\_\_\_\_  
Núm. de Póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
SS #: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

## Historia de Salud

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones médicas?

Sangrado Anormal	Defecto Congénito del Corazón
Problemas de los Oídos	Cáncer
Hemofilia	Embarazo
Problemas del Hígado	Tuberculosis (TB)
SIDA ("HIV")	Alergia a alguna Droga
Diabetes	Soplo al corazón
Fiebre Reumática/Escarlatina	Asma
Alguna Incapacidad	Hepatitis
Ha sido Hospitalizado	Convulsiones / Epilepsia
Ha tenido alguna Operación	Alérgico/a producto Látex

Describa cualquier problema médico que este (a) niño (a) haya padecido:

Enumere todos los medicamentos que el niño(a) este tomando ahora:

Enumere todos los medicamentos a los cuales el/la niño/a es alérgico:

Nombre del médico de familia: \_\_\_\_\_

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

¿Está el/la niño/a actualmente bajo los cuidados de algún médico? Si No

Por favor, describa la salud física del niño/a:

Buena Media Pobre

## Historia Dental

¿Por qué viene hoy al dentista?

Tiene alguno de los siguientes hábitos?

Se chupa el dedo / los dedos

Se come las unas

Se chupa / se muerde los labios

Usa Biberón

Ha tenido problemas con tratamiento dental? Si No

Si a tenido explique:

Tiene el agua de el/la niño/a fluor? Si No

Esta el/la niño/a tomando suplementos con fluor? Si No

Hay dolor/sensibilidad en la boca de el/la niño/a? Si No

Se cepilla los dientes el/la niño/a diario? Si No

Se limpia el niño los dientes con hilo dental diario? Si No

*Nuestra oficina está comprometida a cumplir los estándares de infección mandados por OSHA, CDC y ADA.*

**La información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento y será mantenida de forma confidencial. Se que es mi responsabilidad informar a la oficina si hay cambios en la historia medica de mi hijo/a. Autorizo al equipo dental a que brinde los servicios dentales necesarios.**

I authorize the dental staff to perform the necessary dental service my child may need.

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

Relación con la paciente: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/guardián:**

Click  icon on the toolbar to add the digital signature. \_\_\_\_\_