

Por favor llene el formulario en forma completa y correcta.

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_  
Sobrenombre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_ # celular \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Varón \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_  
nacionalidad \_\_\_\_\_ escuela \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**PARA CONOCERNOS MEJOR**

¿Algún otro miembro de su familia es paciente nuestro?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si así lo fuera, indique el nombre: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarle nuestro consultorio?

Nombre: \_\_\_\_\_  
Doctor, Paciente u otro

Por favor indique el número de teléfono que desearía que usemos para confirmar las citas: \_\_\_\_\_  
Teléfono

**INFORMACION ACERCA DE LA CUENTA**

Persona responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_

Numero de contacto aparte del telefono de casa \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Portador Principal: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Unión o Local N° \_\_\_\_\_ Grupo N° \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Portador secundario: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Unión o Local N° \_\_\_\_\_ Grupo N° \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

**INFORMACION ACERCA DE LOS PADRES**

Información de la Madre - Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ S.S. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_  
Información del Padre - Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ S.S. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Por favor asegúrese de llenar todas las secciones en blanco.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones: Por favor haga un circulo en la respuesta correcta y complete. Si no sabe alguna respuesta, circule el simbolo "(?)".

### HISTORIA MEDICA

¿El niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Problemas o Murmullo Cardíaco .....	SI	NO (?)	Problemas de Visión .....	SI	NO (?)
Fiebre Reumática .....	SI	NO (?)	Asma o Respiración Forzada.....	SI	NO (?)
Problemas de Sangrado o Coagulación .....	SI	NO (?)	Alergias o Fiebre del Heno.....	SI	NO (?)
Anemia o Rasgos de Glóbulos Falciformes ..	SI	NO (?)	Problemas de Alimentación o Ingestión .....	SI	NO (?)
Autismo .....	SI	NO (?)	Problemas de Crecimiento .....	SI	NO (?)
Síndrome de Asperger .....	SI	NO (?)	Parálisis Cerebral .....	SI	NO (?)
Trastorno Obsesivo .....	SI	NO (?)	Problemas en Oídos o de Audición.....	SI	NO (?)
Deficitario de la Atención.....	SI	NO (?)	Dificultades Hablar .....	SI	NO (?)
Labio Leporino o Paladar Hendido .....	SI	NO (?)	Hepatitis o Enfermedad Hepática .....	SI	NO (?)
Defectos de Nacimiento o Desórdenes Genéticos .	SI	NO (?)	Diabetes .....	SI	NO (?)
Convulsión/Epilepsia.....	SI	NO (?)	Tuberculosis .....	SI	NO (?)
Trastornos del Desarrollo .....	SI	NO (?)	Problemas Renales .....	SI	NO (?)
Síndrome de Down .....	SI	NO (?)	Otros Problemas Médicos (Especifique).....	SI	NO (?)
Problemas en Huesos o Articulaciones.....	SI	NO (?)	_____		
VIH o SIDA.....	SI	NO (?)	_____		
Cáncer.....	SI	NO (?)	_____		

¿Su niño ha tenido cambios en la salud desde la primera visita dental? ..... SI NO (?)

¿Su niño ha tenido enfermedad mayor, cirugía o ha recibido tratamiento en una sala de emergencia? ..... SI NO (?)

Si así lo fuera, describa \_\_\_\_\_

¿Su niño está tomando alguna medicina? ..... SI NO (?)

¿Para que? \_\_\_\_\_

Nombre y dosis \_\_\_\_\_

¿Su niño ha tenido reacción alérgica desfavorable de drogas, medicamentos o látex? ..... SI NO (?)

If yes, what? \_\_\_\_\_

Firma de uno de los padres o tutores legales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios del Dentista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Doctors Signature \_\_\_\_\_