**Historial Médico del Paciente**

Por favor marque SI o NO

Su hijo/a esta bajo el cuidado de un médico? SI NO

Nombre de la oficina medica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Número de teléfono de la oficina medica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha del último examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su hijo/a ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? SI NO Por favor explique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su hijo/a está tomando algún medicamento? Incluyendo sin receta médica y prescripción SI NO

Tiene su hijo/a cualquier alergia? SI NO Por favor explique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para pacientes femeninas:

¿Está la paciente embarazada? SI NO

¿Está la paciente tomando pastillas anticonceptivas? SI NO

¿Está la paciente amamantando? SI NO

¿Ha tenido su hijo alguna reacción a los anestésicos? SI NO Por favor explique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor marque todos los que apliquen**

\_\_ ADD/ADHD \_\_ Diabetes

\_\_ Anemia \_\_ Infecciones del oído/ recurrente

\_\_ Asma \_\_ Problemas de audición/visual

\_\_ Autismo \_\_ Anomalía en el corazón

\_\_ Sangra/ Moretones con facilidad \_\_ Hipertiroidismo

\_\_ Huesos/Problemas en las articulaciones \_\_ Inmune comprometido

\_\_ Cáncer \_\_ Enfermedad Infecciosa

\_\_ Labio leporino/ paladar \_\_ Problema de riñón

\_\_ Defecto Congénito \_\_ Desorden neurológico

\_\_ Retraso en el desarrollo \_\_ Convulsiones

\_\_ Anemia falciforme \_\_ Síndrome (Down)

**Información adicional de Aseguranza**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Dental**

Por favor marque SI o NO

* ¿Le sangran las encías a su hijo/a cuando se cepillan o usan hilo dental? SI NO
* ¿Tiene sensibilidad su hijo/a a comida/líquidos calientes o fríos? SI NO
* ¿Su hijo/a tiene algún dolor en sus dientes? SI NO
* ¿Su hijo/a tiene llagas o bultos en su boca? SI NO
* ¿Ha sufrido alguna vez su hijo/a trauma en la cara, la boca o la mandíbula? SI NO
* ¿Tiene su hijo/a algún dolor en la articulación de la mandíbula, el oído o el lado de la cara? SI NO
* ¿Tiene su hijo/a dificultad para abrir o cerrar la boca? SI NO
* ¿Su hijo/a aprietan o rechinan los dientes? SI NO
* ¿Cuántas veces al día se cepilla su hijo/a los dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Su hijo/a usa enjuague bocal? SI NO
* ¿Ha tenido su hijo/a alguna experiencia dental traumática en el pasado? SI NO

Metas para la boca, los dientes y la sonrisa de su hijo/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría a usted o a su hijo/a cambias de su sonrisa?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifico que he leído y comprendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento, las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información falsa o incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo/a.

Firma del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_