



Demográficos del paciente

APELLIDO DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE	MI
DIRECCIÓN			M____ F____
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CORREO ELECTRÓNICO	
# DE CELULAR	# DE HOGAR		

INFORMACIÓN DE PADRES / GUARDIÁN

¿QUIEN TRAJO AL PACIENTE HOY? NOMBRE		RELACIÓN
¿TIENE CUSTODIA LEGAL DE ESTE PACIENTE? SI/NO		
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE)		
# CELULAR DE MADRE	# DE HOGAR DE MADRE	
CORREO ELECTRÓNICO DE MADRE	EMPLEADOR DE MADRE	
NOMBRE DEL PADRE	FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE	
DIRECCIÓN DE PADRE (SI ES DIFERENTE)		
# CELULAR DEL PADRE	# DE TRABAJO DEL PADRE	
CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE	EMPLEADOR DEL PADRE	

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

CO. DE SEGURO	CO. DE SEGURO
NOMBRE DEL ASEGURADO	NOMBRE DEL ASEGURADO
RELACIÓN AL PACIENTE	RELACIÓN AL PACIENTE
SS # DEL ASEGURADO	SS # DEL ASEGURADO
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO
NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE GRUPO

HISTORIA MÉDICA

FAVOR DE INDICAR SI HA HABIDO UNA HISTORIA DE LO SIGUIENTE:		
S / N SANGRADO ANORMAL	S / N ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	S / N ASMA
S / N SOPLO CARDÍACO	S / N ADD/ADHD	S / N DISCAPACIDAD AUDITIVA
S / N OPERACIONES	S / N HIV	S / N MONONUCLEOSIS
S / N HA SIDO HOSPITALIZADO	S / N HEPATITIS	S / N TUBERCULOSIS
S / N VARICELA	S / N SARAMPIÓN	S / N CÁNCER
S / N EPILEPSIA	S / N ERUPCIÓN CUTÁNEA	S / N DIABETES
S / N RIÑÓN / HEPATOPATÍA	S / N ANEMIA	S / N OTRAS
NOMBRE DEL MÉDICO	NÚMERO DE TELÉFONO	
¿TIENE LAS VACUNAS AL DÍA?		
¿EXISTE CUALQUIER CUIDADO BAJO UN MÉDICO?		
¿HA VISTO UN CARDIOLOGO?		
¿HAY ALGUNA ALERGIA A ALGUNA DROGA, LATEX, METALES?		
ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO		

HISTORIA DENTAL

¿HA HABIDO ALGUNA VEZ UN PROBLEMA CON EL TRABAJO DENTAL ANTERIOR?	S / N
¿HAY UNA HISTORIA DE DOLOR EN LA ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA?	S / N
¿HAY PROBLEMAS CUANDO SE CEPILLA LOS DIENTES?	S / N
¿HAY PROBLEMAS CUANDO USA EL HILO DENTAL?	S / N
¿HAY ALGUNA DE LAS SIGUIENTES HÁBITOS? (MORDERSE EL LABIO, MORDERSE LAS UNAS, USA BIBERÓN, CHUPARSE EL DEDO)?	S / N
¿CUAL ES EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA VISITA HOY?	

FIRMA

YO AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DADO ES CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. SE LLEVARÁ A CABO EN LA MÁS ESTRICTA Y QUE ES RESPONSABILIDAD INFORMAR A ESTA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO. YO AUTORIZO AL PERSONAL DENTAL PARA REALIZAR LOS SERVICIOS DENTALES NECESARIOS QUE MI HIJO PUEDA NECESITAR. ESTOS SERVICIOS PUEDEN INCLUIR LIMPIEZA, RAYOS X, TRATAMIENTO DE FLUORURO, ANESTÉSICOS LOCALES, ANTIBIÓTICOS, MEDICAMENTOS PARA LA SEDACION, OXIDO NITROSO, EXTRACCIÓN DE DIENTES, CORONAS BLANCAS ANTERIORES, ENDODONCIA, RESTRICCIÓN DE PAPOOSE DE SEGURIDAD, SELLADORES, RELLENOS BLANCOS. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y PARA LEER COMPLETAMENTE ESTA FORMA. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PROPUESTO.	
FIRMA DE PADRE / TUTOR	FECHA