

6 HISTORIA MEDICA/DENTAL

Quien es su dentista familiar? _____

A visitado su hijo/a algún dentista antes? Si No

En caso que si, aproximadamente fecha de ultima visita dental: _____

Si hijo/a a visitado algún programa dental en la escuela o un móvil dental? Si No

Tiene algún problema dental en este presente día? Si No

En caso que si, explique: _____

Su hijo/a a tenido algún trauma a la cabeza, cara o dientes? Si No

En caso que si, explique: _____

Su hijo/a se cepilla los dientes diario? Si No

Su hijo/a tiene historia de algún vicio oral (morder de unas o labios, chupando el dedo)? Si No

Por favor califique la salud oral de su hijo/a: Buena Razonable Mala

Esta su hijo/a bajo el cuidado de un médico/pediatra? Si No

Nombre del Doctor/Pediatra: _____

Fecha aproximada de ultima visita: _____

Su hijo/a a tenido algún enfermedad seria o operación? Si No

En caso que si, explique: _____

Por favor califique la salud de su hijo/a: Buena Razonable Mala

Su hijo/a tiene alguna alergia o alguna reacción a cualquier medicamento como:

Penicilina, Aspirina, Demerol, Anestesia Local, Acetaminofén,

Codeína, or Ibuprofeno? Si No

En caso que su, explique: _____

Esta su hijo/a tomando algún medicamento con receta? Si No

En caso que si por favor liste: _____

Para que condición es este medicamento? _____

7 SU HIJO/A A TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGIENTES CONDICIONES MEDICAS?

POR FAVOR MARQUE

S N Nacimiento premature/defectos de nacimiento

S N Condiciones genéticas/síndromes

S N Cardiopatía congénital/soplo

S N Latido del Corazón irregular/alta presión

S N Asma/enfermedad reactiva de la vía aérea/bronquitis

S N Apnea del sueño/ronquidos

S N Fibrosis quística

S N Neumonía/tuberculosis

S N Convulsiones/epilepsia

S N Parálisis cerebral

S N Autismo/Aspergers

S N Problemas de riñón/vejiga

S N Problemas de hígado/hepatitis

S N Reflujo gástrico/problemas intestinales

S N Enfermedad de Crohn/enfermedad de celiaca

S N Diabetes

S N Problemas de tiroides/pituitaria

S N Anemia/enfermedad de célula falciforme

S N Hemofilia/otro trastorno hemorrágico

S N VIH o SIDA/hepatitis B/STD

S N ADHD/ADD/ODD

S N Problemas psiquiátricos

S N Cirugías/hospitalizaco/a

S N Embarazada

S N Otro problema no listado aquí

En caso que si, por favor explique: _____

AUTORIZACION

Certifico que la información prevista en este formulario (frente y detrás) es verdadero y exacto. Reconozco que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio medico en el futuro. Entiendo que el guardián legal o persona a quien se le ha otorgado poder notarial tiene que acompañar el niño/a a todas las visitas dentales. Yo Autorizo al personal dental en esta oficina a realizar cualquier servicio dental que sea necesario para mi hijo/a.

Hare todo lo possible para asegurar que mi hijo/a llegue a la cita programada. Entiendo completamente que el padre o guardián legal será responsable por cualquier pago debido al tiempo de servicios, a menos que algún arreglo previo ha sido aprobado.

Padre/Guardián: _____

(Imprimir)

Padre/Guardián: _____

(Firma)

Fecha: _____

RECUERDA ... DIENTES SALUDABLES SON DIENTES FELICES!