



“Una Mejor Vida Empieza Con Una Hermosa Sonrisa”

Nombre del Paciente _____ Apodo _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Nombre del Padre/Madre/Encargado _____ Relación con el Paciente _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
 Nombre del Medico _____ Teléfono del Medico (____) _____ - ____ Sexo Hombre Mujer
 Teléfono (____) _____ - ____ Teléfono del Trabajo (____) _____ - ____ Referido por _____

Indicar cuál de las siguientes condiciones el niño(a) tiene ahora o ha tenido. Marque cada respuesta individualmente.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Audiencia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la Coagulación | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Huesos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Contra el Sarampión | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Articulación | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Paperas | |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento | <input type="checkbox"/> Embarazo (Adolescentes) | |

¿Para las siguientes preguntas, circula sí o no, lo que se aplica?

1. ¿Está el niño(a) tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? Sí No
Si es así, por favor haga una lista: _____
2. ¿Es el niño(a) alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Sí No
Si es así, explique por favor: _____
3. ¿Es el niño (a) alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos?..... Sí No
Si es así, explique por favor: _____
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño (a)? _____
5. ¿Ha tenido el niño (a) una enfermedad grave o ha sido hospitalizado (a)? Sí No
Si es así, explique por favor: _____
6. ¿Ha recibido el niño (a) alguna vez anestésico general? Sí No
7. ¿Tiene el niño (a) algún defecto del habla? Sí No
8. ¿Tiene el niño (a) alguna minusvalía física, mental o emocional? Sí No
9. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño (a)? Sí No
Si no es así, ¿Cuál fue la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____
10. ¿Ha tenido el niño (a) algún problema con un tratamiento dental en el pasado? Sí No
Si es así, explique por favor: _____
11. ¿Le han tomado al niño (a) una radiografía (rayos x) alguna vez? Sí No
12. ¿Ha sufrido el niño (a) alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes?..... Sí No
13. ¿Ha tenido el niño (a) algún tratamiento de ortodoncia? Sí No
14. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño (a)? _____ Sí No
¿A qué horas se cepillan los dientes del niño (a)? _____
15. ¿Se chupa el niño (a) su dedo pulgar, otros dedos o un chupón? Sí No
16. ¿A qué edad dejo el niño (a) de usar el biberón? Edad: ____ ¿La lactancia Materna? Edad: ____
17. ¿Participa el niño (a) en actividades recreativas energéticas? Sí No
Si es así, explique por favor: _____

Nota: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizare a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Parent's/Guardian's Signature _____ Date _____