

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Masculino/Femenino

### Historia Dental

¿Tiene su niño algún problema dental? ..... Si      No

Explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Le ha ocurrido algún accidente a los dientes?.....

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Cómo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño alguna experiencia dental negativa?.....

Explíquelo: \_\_\_\_\_

### Historia Medica

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono #:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Está su niño bajo tratamiento médico? ¿Para qué? \_\_\_\_\_ Si      No

\_\_\_\_\_

¿Esta tomando su niño alguna medicina? ¿Cual?.....

\_\_\_\_\_

Ha estado su niño hospitalizado? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido su niño algun trauma en la cabeza?.....

¿El niño atiende un colegio especial?.....

¿Tiene su niño alguna alergia?.....

Penicilina  Sulfa  Analgesicos  Anestesia  Aspirina  Otros \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido su niño alguno de los siguientes problemas?

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Corazón                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis        | <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Viruela               | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón de Nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Otitis           | <input type="checkbox"/> Sarampion              | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje            |
| <input type="checkbox"/> Problema de los riñones     | <input type="checkbox"/> Papera           | <input type="checkbox"/> Embarazo               | <input type="checkbox"/> Problema Respiratorio | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados al sida      |
| <input type="checkbox"/> Anginas                     | <input type="checkbox"/> Tumores          | <input type="checkbox"/> Sordera                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vision         | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sangre | <input type="checkbox"/> Virus HIV             | <input type="checkbox"/> Otros _____                         |
| <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón           | <input type="checkbox"/> Artritis         | <input type="checkbox"/> Sangrado Constante     | <input type="checkbox"/> Hígado                | _____  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |   |   |  |  |

¿ su niño al día con sus vacunas?

\*Tiene su niño algún problema emocional o del comportamiento que deberiamos saber para ofrecerle un mejor servicio?  ADD/ADHD  PDD  Autismo  Depresion/Ansiedad  Otro \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información médica o dental que debemos saber sobre su niño? (Use el revers de la pagina si necesita) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Padres/Guardian Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

