



Información para el paciente

Nombre del paciente: _____
Apellido como aparece en la azeguranza Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ **Seguro social:** _____ **Género:** M F

Dirección: _____
Calle Apartamento

_____ Ciudad Estado Código postal

Información de salud

Fecha del último examen Dental: _____ **X-rays?** Si No **Razón de esta visita:** _____

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor, circulo si o no.

TDAH Y N	Mareo Y N	Herpes Y N	Problemas respiratorios Y N
SIDA Y N	Síndrome de Down Y N	Presión arterial alta Y N	Fiebre reumática Y N
Alergias (estacionales) Y N	Adicción a las drogas Y N	Hipoglucemia Y N	Reumatismo Y N
Ansiedad/pánico Y N	Epilepsia Y N	Ictericia Y N	Problemas del seno Y N
Asma Y N	Sangrado excesivo Y N	Latido irregular del corazón Y N	Espina bífida Y N
Autista Y N	Desmayos Y N	Enfermedad renal Y N	Problemas del estomago Y N
Enfermedades de la sangre Y N	Tos frecuente Y N	Leucemia Y N	Derrama Cerebral Y N
Cáncer Y N	Dolores de cabeza fecunte Y N	Enfermedad del hígado Y N	Enfermedad de la tiroides Y N
Quimioterapia Y N	Glaucoma Y N	Presión arterial baja Y N	Tuberculosis Y N
Herpes labial/Fiebre ampollas Y N	Lesiones a la cabeza Y N	Trastornos mentales Y N	Tumores Y N
Cardiopatía congénita Y N	Enfermedades del corazón Y N	Trastornos nerviosos Y N	Ulceras Y N
Convulsiones Y N	Soplo cardíaco Y N	Dolor en la articulation de la quijada Y N	Enfermedades venéreas Y N
Restrasos de desarrollo Y N	Hepatitis A Y N	Embarazo Y N	La ictericia amarilla Y N
Diabetes Y N	Hepatitis B or C Y N	Tratamiento de radiación Y N	Otros Y N

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? _____

¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de reacción alérgica a algún medicamento? _____

Liste cualquier medicamento que el paciente está tomando actualmente: _____

¿Su niño(a) ha tenido complicaciones después de algun tipo de tratamiento dental en el pasado? Si No

Por favor, explique: _____

¿Su niño(a) ha tenido cualquiera de los siguientes hábitos ?

- Labios chupar/morder morderse las uñas hábitos de botella/amamanter chuparse el dedo

¿Su niño(a) ha sido admitido a un hospital o ha tenido atención de emergencia en los últimos dos años? Si No

Por favor, explique: _____

¿Su niño(a) tiene algún problema a la salud que necesita ser clarificado? Si No

Por favor, explique: _____

Nombre del Doctor: _____ **Teléfono:** _____

En mi conocimiento todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si hay cualquier cambio en su salud, voy a informar a los médicos sin falta durante la próxima cita.

Firma _____ **Fecha** _____

Información del Cónyuge o Responsable

La siguiente es para: El/los padres del paciente o tutor legal La persona responsable por el pago

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Relacion con el Paciente: Madre Padre Otro: _____ Seguro Social: _____

Teléfono (Hogar): _____ (Celular): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____

Dirección: _____

Calle _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

La siguiente es para: El/los padres del paciente o tutor legal La persona responsable por el pago

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Relacion con el Paciente: Madre Padre Otro: _____ Seguro Social: _____

Teléfono (Hogar): _____ (Celular): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____

Dirección: _____

Calle _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información Sobre Su Seguro

PRIMARIA

Persona responsable de la azeguaranza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido como aparece en la azeguaranza Nombre Inicial del segundo nombre

Seguro social: _____ Vinculo del Paciente con el Asegurado: Mismo Niño Otro: _____

Compañía de seguros: _____ ID #: _____ Group #: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador: _____

SECUNDARIA

Persona responsable de la azeguaranza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido como aparece en la azeguaranza Nombre Inicial del segundo nombre

Seguro social: _____ Vinculo del Paciente con el Asegurado: Mismo Niño Otro: _____

Compañía de seguros: _____ ID #: _____ Group #: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador: _____

Iniciales: _____ Fecha: _____