



SOBRE SU HIJO/A

Nombre del niño/a _____ Edad _____ Cumpleaños _____
 Prefiere que le digan (apodo) _____ Masculino Femenino
 Razón por su visita _____
 ¿Como supo de nuestra oficina? _____

HISTORIA DENTAL

¿Es la primera visita dental de su hijo/a? Sí No
 El dentista previo de su hijo/a _____
 Nombre Cuidad Fecha de su última visita
 Fecha de los últimos rayos-x dentales _____
 ¿Ha tenido heridas ó lesions en su boca o dientes? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha tenido su hijo su hijo/a historia de:
 Ser amamantado después de 1 año Sí No
 Hábitos con la mamila Sí No
 Chuparse el dedo Sí No
 Usar Chupón Sí No
 ¿Ha tenido su hijo/a dolor dental recientemente? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha tenido su hijo/a malas experiencias dentales? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____

HISTORIA MÉDICA

¿Está su hijo/a bajo el cuidado de un especialista por alguna razón médica? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Está su hijo/a tomando medicamento? Sí No
 En caso de que sí, que medicamento y cuanto? _____
 ¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida, medicina, ó al medio ambiente? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha estado su hijo/a hospitalizado/a ó ha tenido algun tipo de cirugía? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha tenido su hijo/a historia o alguna dificultad con lo siguiente? En caso de que sí, por favor ponga un "X" en el .

Corazón	VIH	Anemia	Mononucleosis	Paladar ó Labio Liporino
Pulmones	Asma	Hepatitis	Parálisis Cerebral	Sarampion
Hígado	Desmayos	Epilepsia	Fiebre Reumática	Cancer
Riñon	Diabetis	Convulsiones	Problemas del Habla	Oido
Vejiga	Paperas	Tuberculosis	Sinusitis Crónica	Otro _____

Por Favor Explique _____

Yo certifico que la información que aparece arriba es verdadera y correcta desde miconocimiento.

Firma _____ Relación con el paciente _____ Fecha _____