



# Historia Medica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Trabajo del Padre \_\_\_\_\_ Número Social \_\_\_\_\_  
 Telefono de la casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 El correo electronic la dirección \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Trabajo de la Madre \_\_\_\_\_ Número Social \_\_\_\_\_  
 Telefono de la casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 El correo electronic la dirección \_\_\_\_\_  
 Estado Civil de los Padres: Casados / Separados / Divorciados / Otros \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia llamar a \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Ralacion con el paciente \_\_\_\_\_  
 ¿ Quien lo refirio a esta oficina? \_\_\_\_\_  
 ¿ Tiene Seguro Dental? \_\_\_\_\_ ¿ Medicaid? \_\_\_\_\_

**PAGO POR SERVICIOS PROFECIONALES:** Pagos por servicios dentales se pueden hacer en dinero an efectivo, cheques personales, Vias, Mastercard y American Express. Pago debe ser hecho el día en que se da el servicio. Porciones de la cuenta que no sean cubiertos por el seguro dental 6 Medicaid son responsabilidad de los padres ó guardians legales y debe ser pagado en su vistia dental. Pacientes con Medicaid deben presenter su tarjeta del mes en que se hace la visita dental. Yo entiendo y estoy de acuerdo con estos terminos.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

¿ Tiene ó ha tenido su hijo(a) alguno de los siguientes?

<b>(CHECK)</b>	<b>(CHECK)</b>	<b>(CHECK)</b>
_____ Problemas de Oidos	_____ Enfermedad del Hgado	_____ Sangrado/Hemofilia
_____ Problemas de ojos	_____ Enfermedad del Riñón	_____ Transucion Sanguinea
_____ Problemas de la Piel	_____ Diabetes	_____ Arthritis
_____ Problemas de Anginas	_____ Asma	_____ Cancer
_____ Problemas de Dormir	_____ Problemas del Habla	_____ Paralisis Cerebral
_____ Problemas Emocionales	_____ Problemas al nacer	_____ Ataques/Epilepsia
_____ Desorden de Atencion	_____ Enf. Cardiacas	_____ Autismo
_____ Hepatitis	_____ Fiebre Reumatica	_____ Labio/Paladar hendido
_____ VIH/SIDA	_____ Anemia	
_____ Tuberculosis	_____ Anemia Celular	

Si contesto afirmativamente, por favor explique \_\_\_\_\_

¿ Esta su hijo(a) tomando medicina? \_\_\_\_\_

Nombre de la Medicina \_\_\_\_\_ ¿ Es su hijo(a) alergico a alguna medicina? \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor que atiende a su hijo(a) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

¿ Esta su hijo(a) muy hiperactivo(a)? \_\_\_\_\_

# Historia Dental

¿ Tiene alguna preocupacion especifica acerca de la denadura de su hijo(s)? \_\_\_\_\_

Ha sido su hijo(a) atendido antes por un dentist? \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima visita \_\_\_\_\_

Razon or la que dejo al dentist anterior \_\_\_\_\_

**(CHECK ONE)**

**Yes      No**

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido su hijo(a) alguna reaccion a medicamento ó anestecia dental?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido su hijo(a) mucho sangrado despues de tratamiento dental?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ ¿Cree que su hijo(a) no va a cooperar con el examen?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido su hijo(a) alguna complicacion despues de tratamiento dental?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ ¿Ha heredado su hijo(a) alguna caracteristica facial ó dental?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ ¿Ha recibido su hijo(a) algun golpe en los dientes, mandibula ó cara?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ ¿Tien su hijo(a) dolor ó le hace ruido la mandibula?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Ha dado pecho a su hijo(a)? ¿Hasta cuando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Ha dado mamila a su hijo(a)? ¿Hasta cuando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Ha usado su hijo(a) chupete? ¿Hasta cuando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Se ha chupado su hijo (a) algun dedo? ¿Hasta cuando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Se cepilla los dientes su hijo(a)?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Usa su hijo(a) hilo dental?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Le ayuda usted a su hijo(a) a cepillarse los dientes?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Le sangran las encias a su hijo(a) al cepillarse los dientes?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Le han dado a su hijo(a) instrucciones de como cepillarse los dientes?

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Usa su hijo(a) floruro: enjuague bucal, gotas, tabletas?

Si contest afirmativamente a alguna de las preguntas de arriba por favor explique \_\_\_\_\_

Por favor marque sis u hijo(a) tiene ó ha tenido alguno de los siguientes problemas dentales

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caries              | <input type="checkbox"/> Color de los dientes | <input type="checkbox"/> Sensitividad a lo frio o caliente | <input type="checkbox"/> Otros problemas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de dientes    | <input type="checkbox"/> Infeccion de encias  | <input type="checkbox"/> Sensitividad a lo dulce           |  |
| <input type="checkbox"/> Golpe a los dientes | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes  | <input type="checkbox"/> Apariencia de los dientes         |  |

Explicaciones y comentarios:

Yo entiendo y estoy de acuerdo que es muy importante reporter al dentist de cualquier cambio en las salud medica ó dental de mi hijo(a). Doy permiso al dentist para obtener informacion adicional del doctor de mi hijo(a) conserniente a su historia medica que se sea necesaria para tratamiento dental.

Persona que complete esta forma: Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_