



Infomacion de salud de paciente

Nombre del nino: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Primer nombre/Segundo/Apellido *Mez / Dia / Ano*

Masculino Hembra Doctor del nino/Pediatra: _____

Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

Nombres de sus hijos que han venido aqui antes: _____

Historia de Salud:

Su hijo atenido tratamiento dental en otra parte? Si No

Caso afirmativo, cuando fue la ultima cita? _____
Mez / Ano

Por favor indique el nombre de la clinica/o al dentista: _____

Cual fue su reaccion? _____

Su hijo en este momento tiene problemas dentales? Si No

Su agua contiene fluoruro? Si No

Toma suplementos de fluoruro? Si No

Por favor indicar cualquier operaciones/enfermedades/sindrome/condiciones medicas que su hijo tieme/tenia:

Por favor, compruebe si su hijo ha/tenido cualquiera de los siguientes:

Soplo cardiaco Enfermedad del corazon Tuberculosis Defectos congenitos del corazon

Hepatitis Asma Fiebre reumautica Cancer/Tumor

Diabetis Desorden sangral Convulsiones/Epilepsia VIH/SIDA

Desarrollo de nino/a: Autismo

Congenital/Alteracion del desarrollo

ADHD/ADD

Alergias:

Latex

Temporal/Ambiental _____

Alimentos _____

Medicacion _____

Por favor indicar cualquier medicamentos su hijo esta tomando: _____

Su hijo esta de Buena salud? Si No

Favor de completar el otro lado

