

Si tiene alguna pregunta, por favor dejenos saber – siempre estamos encantados de ayudarle.

HISTORIA MEDICA

Nombre del Medico _____ Ciudad _____ Telefono _____

Fecha de la ultima cita _____ Razon? _____

Si No

Esta el menor bajo cuidado medico?..... Medicinas _____

Esta tomando alguna medicina?..... _____

Ha estado hospitalizado..... _____

Ha tenido alguna cirugia?..... _____

Sangra excesivo cuando se corta?..... Alergias _____

Tiene algun problema congenito?..... _____

POR FAVOR marque si o no a todas las condiciones medicas:

__Y__N Sida/HIV+

__Y__N Anemia

__Y__N Asma

__Y__N ADD/ADHD

__Y__N Enfermedad de Sangre

__Y__N Cancer

__Y__N Varicela

__Y__N Convulsion/Epilepsia

__Y__N Diabetes

__Y__N Desmayos

__Y__N Problemas Respiratorios

__Y__N Sangrado Anormal

__Y__N Sordera

__Y__N Daño Cerebral

__Y__N Sindrome de Down

__Y__N Problemas de Riñones

__Y__N Problemas deL Hgado

__Y__N Problemas del Digestivos

__Y__N Problemas de Piel

__Y__N Problemas del Corazon

__Y__N Problemas Especiales

__Y__N Autismo

__Y__N Alergia al Latex

Por favor explique en detalle: _____

HISTORIA DENTAL

Fecha de la ultima cita dental _____ Razon? _____

Dentista Anterior _____ Ciudad _____ Telefono _____

Si No

Se queja el menor de algun problema dental?..... Toma fluoruro suplementario?.....

Se cepilla los dientes todos los días..... Algun golpe a la cabeza, boca, dientes.

Usa hilo dental frecuentemente?..... Alguna cita dental desagradable?.....

Algun habito oral – chupa dedo, muerde unas, chupo, toma tetero, mamila, etc?.....

Firma del Doctor _____	Comentarios _____
------------------------	-------------------

He contestado todas las preguntas anteriores de la mejor y mas acertada manera posible. Yo entiendo que el proveer informacion incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad el informar a la oficina dental de cualquier cambio en la salud de mi hijo.

Yo autorizo a la oficina dental para examinar y tomar radiografias necesarias para diagnostico.

Firma _____ Nombre _____ Relacion _____