

**EAST TEXAS CHILDREN'S DENTISTRY, P.A.**  
**Kenny C. Thompson, DDS**  
**401 W. 19<sup>th</sup> St.**  
**Mount Pleasant, TX 75455**  
**903-577-9900**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ MASCULINO/FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hemos visto a otro niño de su familia? \_\_\_\_ Si acaso es si, quien? \_\_\_\_\_

Cual es el favorito (juguete, deporte, mascota) de su hijo/a? \_\_\_\_\_ Quien lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Quien es el dentista de la familia? \_\_\_\_\_

Con Quien vive el niño/a: Madre Padre Con los dos Abuela Abuelo Alguien mas \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA/DENTAL DE SU NIÑO/A**

Su niño/a tiene problemas dentales? Por favor explique

Por favor califique la condición médica de su niño/a: Bien Regular Pobre

**SU NIÑO/A:**

SI/NO - A visitado al dentista antes? Cuando? \_\_\_\_\_

SI/NO - Le tomaron radiografías?

SI/NO - A tenido una visita médica o dental desfavorable?

Si contesta si, por favor explique \_\_\_\_\_ SI/NO

- Exhibe hábitos indeseables con la boca?

Si contesta si, por favor explique: \_\_\_\_\_ SI/NO

- Exhibe TMJ/TMD o hace rechinar los dientes?

SI/NO - Esta bajo el cuidado de un pediatra o especialista?

Pediatra del niño: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Especialista del niño: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ SI/NO -

Esta actualmente tomando medicamentos recetados/no recetados?

Si contesta si, por favor explique que clase \_\_\_\_\_ SI/NO -

Es **ALERGICO** a algun **MEDICAMENTO** o **COMIDA**?

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

SI/NO - Es **ALERGICO** a productos de **PLASTICO**?

SI/NO - Esta tomando pastillas para el control de embarazo?

SI/NO - Su niño necesita antibiotico antes de el tratamiento dental debido al soplo de Corazon/shunts, etc?

**POR FAVOR ANOTE EL NOMBRE DE LAS PERSONAS A LAS QUE USTED LE DA  
PERMISO QUE TOMEN DECISIONES RESPECTO AL TRATAMIENTO DENTAL DE  
SU NIÑO/A:**

(cualquier otra persona que pueda traer al niño para tratamiento aparte de usted) \_\_\_\_\_

**EAST TEXAS CHILDREN'S DENTISTRY, P.A.**  
**Kenny C. Thompson, DDS**  
**401 W. 19<sup>th</sup> St.**  
**Mount Pleasant, TX 75455**

**PORFAVOR CIRCULE "SI" O "NO" COMO SE RELACIONE CON LA SALUD DE SU HIJO/A:**

- SI/NO** - Soplo cardiaco (Heart murmur)
- SI/NO** - Problemas del corazon de cualquier tipo (Heart problems)
- SI/NO** - Pasaje alterno para la sangre (shunt)
- SI/NO** - Cancer
- SI/NO** - Diabetes (Diabetes)
- SI/NO** - Fiebre reumatica (Rhuematic fever)
- SI/NO** - Sida (AIDS)
- SI/NO** - Hemophilia
- SI/NO** - Problemas de sangrado de cualquier tipo (Bleeding problems)
- SI/NO** - Problemas para escuchar (Hearing impairment)
- SI/NO** - Hiperactivo (Hyperactive)
- SI/NO** - Dolores de cabeza con frecuencia (Frequent headaches)
- SI/NO** - Asma - ultimo ataque fue en: (Asthma) \_\_\_\_\_
- SI/NO** - Convulsiones/epilepsia (Convulsions, epilepsy, seizures)
- SI/NO** - Embarazada (Pregnant)
- SI/NO** - Deterioro fisico o mental (Physical or mental impairment)
- SI/NO** - Discapacidad para aprender (Learning disability)
- SI/NO** - Autismo (Autism)
- SI/NO** - Problemas con la piel (skin conditions)
- SI/NO** - A estado internado en algun hospital/operaciones (Hospital stays or operations) Por favor explique: (Explain)

---

Hay otros problemas relacionados con la salud de su nino (Other medical conditions or problems) SI NO

Si contesta si, por favor explique (If yes, please explain)

---

---

---