



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

Apellido

Nombre

Inicial Del Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ **EDAD:** ____ **PESO:** ____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____ **SEXO BIOLÓGICO AL NACER:** MASCULINO/FEMENINO

¿Hemos atendido a otro niño de su familia? Si es así, ¿a quién? _____

¿Cuál es el favorito (mascota, juguete, o deporte) de su hijo/a? _____

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? _____ ¿Quién es su dentista familiar? _____

El niño(a) vive actualmente con: Madre Padre Ambos Abuela Abuelo Otro: _____

HISTORIA MÉDICA / DENTAL DE SU HIJO(A)

¿Su hijo(a) tiene algún problema dental del que usted esté al tanto?

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Por favor califique la salud médica de su hijo(a):

☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

¿SU HIJO(A):

☐ Sí ☐ No Ha visitado alguna vez al dentista?

¿Cuándo? _____ ¿Se tomaron radiografías? _____

☐ Sí ☐ No Ha tenido alguna experiencia dental o médica desfavorable?

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

☐ Sí ☐ No Ha presentado algún hábito oral indeseable?

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

☐ Sí ☐ No Ha presentado problemas con la mandíbula (TMJ) o rechinar de dientes?

¿SU HIJO(A):

☐ Sí ☐ No Actualmente está bajo el cuidado de un médico o especialista?

Médico del niño(a): _____ Teléfono #: _____

Especialista del niño(a): _____ Teléfono #: _____

☐ Sí ☐ No Actualmente está tomando ALGÚN medicamento recetado o sin receta, o suplementos dietéticos/herbales?

Si la respuesta es sí, por favor enumere: _____

☐ Sí ☐ No ¿ES ALÉRGICO(A) A ALGÚN MEDICAMENTO O PRODUCTO ALIMENTICIO? POR FAVOR LISTE: _____

☐ Sí ☐ No ¿ES ALÉRGICO(A) A PRODUCTOS DE LÁTEX?

☐ Sí ☐ No ¿Está tomando anticonceptivos?

☐ Sí ☐ No ¿Su hijo(a) requiere cobertura con antibióticos antes del tratamiento dental debido a soplos cardíacos, derivaciones (shunts), etc.?

POR FAVOR CIRCULE “SÍ” o “NO” SEGÚN CORRESPONDA A LA SALUD DE SU HIJO(A):

Sí No Soplo cardíaco

Sí No Problemas del corazón

Sí No Derivaciones (shunts)

Sí No Cáncer

Sí No Diabetes

Sí No Fiebre reumática

Sí No VIH positivo / SIDA

Sí No Hemofilia

Sí No Problemas de sangrado de cualquier tipo

Sí No Problemas auditivos

Sí No Hiperactividad

Sí No Dolores de cabeza frecuentes

Sí No Asma — Último ataque: _____

Sí No Convulsiones / Epilepsia / Ataques

Sí No Embarazo

Sí No Discapacidad física / mental

Sí No Dificultad de aprendizaje

Sí No Autismo

Sí No Condiciones dermatológicas o de la piel

Sí No Hospitalizaciones u operaciones previas:

Si respondió Sí, por favor liste: _____