



## SOBRE SU HIJO/A

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_  
 Prefiere que le digan (apodo) \_\_\_\_\_ Masculino Femenino  
 Razón por su visita \_\_\_\_\_  
 ¿Como supo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

¿Es la primera visita dental de su hijo/a? ..... Sí No  
 El dentista previo de su hijo/a \_\_\_\_\_  
 Nombre Cuidad Fecha de su última visita  
 Fecha de los últimos rayos-x dentales \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido heridas ó lesions en su boca o dientes? ..... Sí No  
 En caso de que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido su hijo su hijo/a historia de:  
 Ser amamantado después de 1 año ..... Sí No  
 Hábitos con la mamila ..... Sí No  
 Chuparse el dedo ..... Sí No  
 Usar Chupón ..... Sí No  
 ¿Ha tenido su hijo/a dolor dental recientemente? ..... Sí No  
 En caso de que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido su hijo/a malas experiencias dentales? ..... Sí No  
 En caso de que sí, por favor explique \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA

¿Está su hijo/a bajo el cuidado de un especialista por alguna razón médica? ..... Sí No  
 En caso de que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Está su hijo/a tomando medicamento? ..... Sí No  
 En caso de que sí, que medicamento y cuanto? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida, medicina, ó al medio ambiente? ..... Sí No  
 En caso de que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Ha estado su hijo/a hospitalizado/a ó ha tenido algun tipo de cirugía? ..... Sí No  
 En caso de que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido su hijo/a historia o alguna dificultad con lo siguiente? En caso de que sí, por favor ponga un "X" en el .  

Corazón	VIH	Anemia	Mononucleosis	Paladar ó Labio Liporino
Pulmones	Asma	Hepatitis	Parálisis Cerebral	Sarampion
Hígado	Desmayos	Epilepsia	Fiebre Reumática	Cancer
Riñon	Diabetis	Convulsiones	Problemas del Habla	Oido
Vejiga	Paperas	Tuberculosis	Sinusitis Crónica	Otro _____

Por Favor Explique \_\_\_\_\_

**Yo certifico que la información que aparece arriba es verdadera y correcta desde miconocimiento.**

Firma \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_