



Nombre del Paciente: _____

Historial Medico

Su hijo(a) nunca **habia o se ha** expuesto a cualquier de los siguientes?

HIV	Si	No
Hepatitis C	Si	No
Hepatitis B	Si	No
Tuberculosis	Si	No

Su hijo(a) a **tenido o tiene** historial medico de lo siguiente?

Historial Dental

Soplo en el Corazon	Si	No	Habitos Orales	Si	No
Fiebre de Reuma	Si	No	Ortodoncia	Si	No
Condicion de Corazon	Si	No	Dolor Dental Frecuente	Si	No
Asma	Si	No	Enfermedad Peridontal	Si	No
Sangramiento Irregular	Si	No	Apretar/Moler	Si	No
Desorden Sanginario	Si	No	Buena Salud Dental	Si	No
VIH/Sida	Si	No	Cuidados en el Hogar		
Epilepsia	Si	No	Suplementos de Fluor	Si	No
Reemplazo de Coyuntura	Si	No	Cepilla diario	Si	No
Diabetes	Si	No	Ultima Visita Dental _____		
Tratamiento de Radiacion	Si	No			
Incapacidad fisica	Si	No			
Incapacidad Mental	Si	No			
trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Si	No			
Otra	Si	No			
Por favor explique_____					

Medicamento

Su niño(a) esta tomando o a tomado alguna vez:

Cortisona (esteroides)	Si	No
Inhalador	Si	No
Quimioterapia	Si	No

ALERGIAS

Anestesia Local	Si	No
Penicilina/Sulfamidas	Si	No
Latex	Si	No
Otras Alergias	Si	No

Por favor explique si dijo si _____

Nomre y numero de su medico actual y el ultimo examen FISICO _____

Liste alguna hospitalizacion/Cirugias _____

Otras Explique _____

Liste alguna Medicina _____

Liste aluguna alergia _____

Otra _____

A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO TODAS LAS RESPUESTAS SON CORRECTAS. SI HAY ALGUNOS CAMBIOS A LA SALUD DE MI HIJO(A) O MEDICAMENTOS. YO LE INFORMARE A LA OFICINA YA QUE EL CONOCIMIENTO DE ESTOS CAMBIOS SON VERDAD.

Padre/Guardian _____

Fecha _____



Informacion del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
 Numero de Telefono _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo Masculino Femenina
 Numero de cell _____ Correo electronico _____ @ _____

Parfavor ponga sus iniciales si **NO** le gustaria recibir recordatorios de su cita por via e-mail o texto.
 _____ No me gustaria recibir textos o email recordatorios de mi cita

Informacion de Pardre/Guardian

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>
Nombre Completo _____	Nombre Completo _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____	Domicilio _____
Estado _____ C.P. _____	Estado _____ C.P. _____
Empleador _____	Empleador _____
SS# _____ NL# _____	SS# _____ NL# _____
Nombre de la persona financieramente responsable para pagos _____	
*Contacto de Emergencia _____	

Insurance

(Informacion de seguro medico tiene que ser llenado si quiere que le cobremos al seguro por los servicios)

Primario

Secundario

Titular de Poliza _____	Titular de Poliza _____
Compañia del Seguro Medico _____	Compania del Seguro Medico _____
Direccion _____	Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____	Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Numero Telefonico _____	Numero Telefonico _____
Numero de Poliza _____	Numero de Poliza _____

Como escucho de nuestra oficina?

- **Google/Internet**
- **Amigo/Familiar (Porfavor ponga nombre para poder agradecerlos!)** _____
- **Paginas amarillas**
- **Copones Mailer**
- **Otro** _____

A lo mejor de mi conocimiento todas las respuestas son verdad y correctas. Tan pronto hay algun cambio de informacion de mi hijo(a) o la mia yo le informare a esta oficina.

Padre/Guardian

Fecha