

Información del (la) Paciente (Por favor escriba en letra no cursiva y en tinta)

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Edad	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
# del Seguro Social	Escuela		Grado	Hombre o	Mujer
Idioma de Preferencia		Información Opcional (para propósitos de estadísticas): Raza/Etnicidad			

Historia de Salud del Paciente (Por favor responda todas las preguntas)

Desorden de Deficiencia Atención e Hiperactividad	Sí ___ No ___	Pastillas de Dieta (incluyendo Phen-Fen)	Sí ___ No ___	Enfermedad de Hígado o Riñón	Sí ___ No ___
Abuso de Alcohol y Drogas	Sí ___ No ___	Minusválido	Sí ___ No ___	Embarazada	Sí ___ No ___
Alergias	Sí ___ No ___	Epilepsia	Sí ___ No ___	Articulaciones, Pasadores, Laminas o Prostéticos	Sí ___ No ___
Anemia	Sí ___ No ___	Desmayos	Sí ___ No ___	Fiebre Reumática	Sí ___ No ___
Asma/Problemas Respiratorios	Sí ___ No ___	Soplo en el Corazón	Sí ___ No ___	Anemia de la célula de la hoz	Sí ___ No ___
Autismo	Sí ___ No ___	Problemas de Corazón	Sí ___ No ___	Problemas de Hablado o Audición	Sí ___ No ___
Defectos de Nacimiento	Sí ___ No ___	Hepatitis	Sí ___ No ___	¿Ha tenido cirugía el paciente?	Sí ___ No ___
Problemas de sangrado/coagulación	Sí ___ No ___	Presión alta	Sí ___ No ___	Uso de Tabaco	Sí ___ No ___
Diabetes	Sí ___ No ___	VIH/SIDA	Sí ___ No ___	Tuberculosis	Sí ___ No ___

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

Si ___ No ___ ¿Tiene algún otro problema el menor que no se haya incluido? Por favor explique: _____

Si ___ No ___ ¿Está tomando alguna medicina el/la paciente en este momento (Incluyendo medicinas que no necesitan receta médica como aspirina)? Si respondió "Sí," ¿qué clase?: _____

Si ___ No ___ ¿Es alérgico/a a alguna medicina? Si respondió "Sí," ¿a qué clase?: _____

Si ___ No ___ ¿Es alérgico/a el/la paciente a cualquier otra cosa? Si respondió "Sí," ¿a qué clase? (por ejemplo, guantes de látex, anestesia): _____

Si ___ No ___ ¿Tiene el/la paciente algún problema o inquietud dental en este momento? Por favor explique: _____

Información de los Padres/Custodios (Por favor escriba en letra no cursiva)

Nombre de la Madre/Guardián	Nombre del Padre/Guardián	Correo Electrónico de los Padres/Custodios
Dirección	Ciudad	Código Postal
Familiar más cercano que no viva con el/la paciente		Teléfono

Por favor incluya los nombres de hermanos/hermanas atendidos en esta clínica: _____

Pediatra del paciente/Doctor de la familia	Número de Teléfono del Doctor	Firma del Dentista
--	-------------------------------	--------------------

Según el acuerdo con el Despacho del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanitarios de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office of Inspector General), este centro mantiene una lista de incidentes sustanciales que hayan involucrado lesiones a pacientes en los últimos dieciocho meses, y está a su disposición previa solicitud.

Yo certifico que he leído y comprendido lo anterior. Yo certifico que mis preguntas, de haberlas tenido, sobre los temas a continuación fueron respondidas a mi entera satisfacción. Yo no haré responsable al dentista ni a los miembros de su personal, por cualquier error u omisión que se hicieran al llenar esta forma.

Doy mi consentimiento para el examen dental, limpieza de dientes, aplicación de fluor, las radiografías que sean necesarias y fotografías clínicas y los sellantes que fueran necesarios.

Firma de los Padres/Custodios _____ Fecha _____ SHEET # _____