

INFORMACION

Nombre del niño: _____ Apodo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Describe el temperament del niño: _____
Mes/Dia/Año
 Nombre del Padre/Guardian legal que llena esta forma: _____
 ¿Quien tiene la custodia del niño(a)?: _____

DENTAL

Dentista previo: _____ Tel: _____
 Hay alguna situacion en particular que le gustaria que examinemos hoy? Si No Explique: _____
 Fecha de la ultima revision dental de su niño: _____ Limpieza: _____ Radiographias dentales: _____
 Tome o Tomo su niño pecho o biberon toda la noche? Si No Tome agua de la llave? Si No De botella? Si No
 Ha tenido su niño experiencias negativas con el dentist o doctor? Si No Explique: _____
 Ha tenido su niño problemas de quijada? Si No Chupe dedo? Si No Rechine sus dientes? Si No Otros Habitos bucal? Si No
 Esta tomando gotas o pastillas de fluoruro? Si No Desde Cuando? _____ Cuanto tome? _____

MEDICO

Medico del niño: _____ Tel: _____
 Direccion: _____ Fecha de su ultimo exam fisico: _____

Tiene su niño o ha tenido su niño alguna de las siguientes condiciones or enfermedades? Circule la condicion(es) que aplique.

1. Enfermedades del Corazon, soplos, o fiebre reumatica?	Si No	14. Higado (hepatitis) enfermedad de la tiroides o estomago?	Si No
2. Presion alta o baja?	Si No	15. Rinon, endocrine, oido, problemas de la vista	Si No
3. Fiebre, sinusitis, o alergias temporales?	Si No	16. Asma? Tratamiento: _____	Si No
4. Hospitalizaciones/Heridas? _____ Fechas?: _____	Si No	17. Otras enfermedades respiratorias (pulmones, TB)?	Si No
Cirugia? _____ Fechas?: _____	Si No	18. Epilepsia, convulsions, desmayos?	Si No
5. Herpes oral (ampollas) or fogazos?	Si No	19. Problemas de comportamiento/aprendizaje?	Si No
6. Diabetes, arthritis?	Si No	20. Garganta irritada, amigdalitis, dolor de oido?	Si No
7. Problemas emocionales?	Si No	21. Enfermedades venereas, otras infecciones serias?	Si No
8. Enfermedades del niño?	Si No	22. Sangrado anormal o desordenes en la sangre?	Si No
9. Cancer, tumors, otros crecimientos?	Si No	23. Uso de tabaco (de cualquier forma)?	Si No
10. Transfusiones sanguineas? Fecha(s): _____	Si No	24. Dolores de cabeza frecuentes?	Si No
11. Radiacion o quimioterapia? Fecha(s): _____	Si No	25. Otros?	Si No
12. Alergias o reacciones a medicamentos?		Anote: _____	
Alguna reaccion a:	Si No	26. Anote las medicinas y dosis que esta tomando actualmente:	
Aspirina o medicina para el dolor?	Si No	_____	
Comidas? _____	Si No	27. Su hijo es adoptado?	Si No
Antibioticos? _____	Si No	28. El o ella lo sabe?	Si No
Latex, anesteticos dentales?	Si No	29. Dependencia quimica?	Si No
Otros (comida, saborizantes, etc)?	Si No	30. Defectos congenitales de nacimiento? Anote: _____	Si No
13. Problemas o enfermedades inmunologicas? (Leuceimia, SIDA/HIV positive, otro)	Si No	31. Retraso en el desarrollo mental?	Si No

MUJERES

1. Hay alguna posibilidad de embarazo? Si No 2. Esta tomando pastillas anticonceptivas? Si No

Firma del Padre/Guardian legal

Fecha de Hoy