

***FAVOR DE LLENAR ESTE QUESTIONARIO EN COMPLETO**

Dentistry Suite 508 • 12840 Riverside Drive • North Hollywood, California 91607

USE IMPRENTA PARA LA SIGUIENTE INFORMACION

Esta informacion es Emportante para Nuestros Archivos y la Salud de su Hijo/a

Numero de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Masculino / Femenina

Paciente: _____
 Apellido Nombre

Edad: _____

Padres (Nombre completo) padre: _____

y Madre: _____

Direcion de residencia: _____

Ciudad: _____ Zona: _____

Telefono de residencia: _____

de Trabajo: () _____

Padres empleados por: _____

Ocupacion: _____

Direcion de trabajo: _____

Ciudad: _____

Nombre de medico: _____

Ciudad: _____

Recomendado por: _____

Ultimo dentista: _____

Apuente ninos de la familia que son pacientes aqui: _____

Persona responsable de esta cuenta: _____

Licencia de manejo: Padre: _____ y Madre: _____

Seguro social, Padre Seguro Dental Si ___ No ___

Seguro social, Madre Seguro Dental Si ___ No ___ Medi-Cal Si ___ No ___

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA

		Marque Uno			
		Si	No	Si	No
1.	Tiene su hijo/a problemas de salud?	_____	_____		
2.	Ha sido su hijo/a alguna vez hospitalizado?	_____	_____		
3.	Fecha de ultimo examen medico _____				
4.	Esta su hijo/a bajo tratamiento medico actualmente?	_____	_____		
5.	Esta su hijo/a tomando alguna medicina actualmente?	_____	_____		
	Si es asi, para que? _____				
6.	Ha sido su hijo/a alguna vez oerado o ha enido alguna enfermedad grave?	_____	_____		
7.	Ha tenido a tiene su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades?				
a.	Fibre reumatica	_____	_____		
b.	Enfermedad cingenita del corazon	_____	_____		
c.	Trastornos cardiovascular	_____	_____		
d.	asma	_____	_____		
e.	desmayos	_____	_____		
f.	Hepatitis o enfermedades del hidalgo?	_____	_____		
g.	Diabetes	_____	_____		
h.	Artritis	_____	_____		
i.	Ulceras Gastricas	_____	_____		
j.	Problemas renales	_____	_____		
k.	Tuberculosis (TB)	_____	_____		
l.	Tos persistente o sangrado cuando tose	_____	_____		
m.	Epilepsia	_____	_____		
n.	Enfermadad de sickle cell	_____	_____		
o.	Enfisema	_____	_____		
p.	Tratamiento Siqulatrico	_____	_____		
q.	Lablo y/o pafadar hundido	_____	_____		
r.	Paralilsis cerebral	_____	_____		
s.	Retraso mental	_____	_____		
t.	Problemas de los oidos	_____	_____		
u.	Trastornos de desarrollo (impediments fisicos)	_____	_____		
	Si es asi, explique _____				
v.	Tiene o ha tenido su hijo/a sangrado abnormal o excesivo, asociado con cirugia previa, extracions dental o accidentes	_____	_____		
w.	Ha requerido de transfusiones sanguineas	_____	_____		
x.	Discrasias sanguineas tal corno anemia	_____	_____		
y.	Ha sido intrevenido quirurgicamente o <u>ha recibido</u> quimoterapia, o bien redaiaciones u otra condion	_____	_____		
z.	AIDS (SIDA)	_____	_____		
8.	Es alergico a ha reaccionado infavorablemente a lo siguiente?				
a.	Anestresicos locales	_____	_____		
b.	Penicilina o otros antibioticos	_____	_____		
c.	Sulfamidas	_____	_____		
d.	barbituricos, sedativos o pastillas para dormir	_____	_____		
e.	Aspirina	_____	_____		
f.	Cuaquier otra cosa cual?	_____	_____		
9.	Ha terido algun problema serlo asociado cn tratamientos dentales? Explique				
10.	Fecha del ultimo tratamiento dental recibido	_____	_____		
11.	Ha recibido tratamiento ortodontico? (Usado Frenos)	_____	_____		
	MUJURES ADOLESCENTES				
12.	Este us embarazada o plensa que lo esta?	_____	_____		

Certifico que todas las preguntas fueron contestadas veraz y corretamente. Si mi hijo/a, tiene un cambio de salud, o toma algun medicamento debere de informario al doctor en mi proxima cita sin falta alguna.

Firma del padre, madre, o tutor

Fecha