

HISTORIA MEDICA

Nombre: _____ M F Apodo: _____

Primer nombre Apellido

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Médico del niño/a: _____ Teléfono #: _____

Es esta la primera visita dental ? NO SI Fecha de la última visita: _____

Su hijo/a tiene alergia al látex?: NO SI Peso actual de Niño/a: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono #: _____

Por favor, marque si su niño ha sido tratado por cualquier de las siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA /HIV | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autismo / Asperger | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis (Tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer / Tumores |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Retardos Físicos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Labio Leporino/Hendido |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Retrasos Mental | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cerebral Parálisis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Habla / Audición | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulacion artificial |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ataques / convulsión | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad hígado / GI | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del stomago/Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza recurrentes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Embarazos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del riñón |

Por favor explique cualquier artículo marcado arriba: _____

Es su niño/a alérgico a algo? NO SI Explique, _____

Estado su niño/a hospitalizado? NO SI Explique, _____

Está tomando su niño/a algún medicamento? _____

Su hijo/a tiene alguno de los siguientes hábitos?

Chupando el dedo / labios **Chupete** **Empuje de la lengua** **Rechinando los dientes**

Cuando fue la ultima cita dental de su hijo? _____ Ultimas radiografías dentales _____

Ha tenido su niño/a alguna experiencia dessagradable en preias visitas al dentista? Si No

Explique _____

Authorization

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido correctamente contestadas. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a divulgar mi información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mi hijo o yo durante el período de la atención dental a los contribuyentes como de terceros y / o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a **Dr. Bustillo/Featherston** o un seguro de grupo de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos de la cuenta real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

Consentimiento:

Doy mi consentimiento a la radiografía dental, los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por el dentista necesarias para el cuidado dental apropiado. Al firmar este Autorizo la comunicación de mi información de salud a través de correo electrónico segura y entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento después de la notificación escrita por mí.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Por favor escriba su nombre

Fecha