

Nombre del paciente:		Apodo:	Fecha de nacimiento:
Nombre de los padres o tutores legal:		Relación al paciente:	
Dirección: PO caja o dirección postal		Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono: () () Casa Trabajo		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/>	

¿Has tenido tú (padres/ tutores legales) o el paciente alguna vez una de las siguientes enfermedades o problemas:
1. Tuberculosis activa 2. Tos persistente mayor que una duración de tres semanas 3. Tos que produce sangre? Sí No
Si usted responde sí a cualquiera de los tres artículos anteriores, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

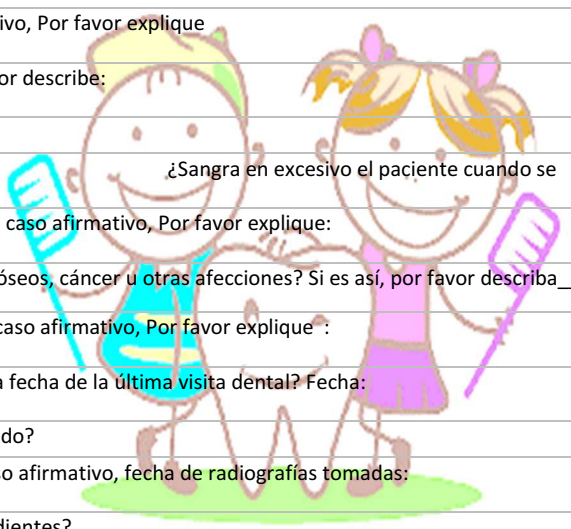
¿Ha tenido el paciente algún antecedente o condición relacionada con alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> HIV + SIDA	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco/drogas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescentes)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas
<input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Huesos/articulaciones	<input type="checkbox"/> Dolores de oído		<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Célula falciforme	
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista (ASD)		<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención (ADD)/Atención, trastorno por déficit de hiperactividad (TDAH)			

Indique el nombre y el número de teléfono del médico del paciente: Médico _____ Teléfono _____ - _____ - _____
 Fecha del último examen físico: _____

Historial Médico y Dental del Paciente

	Sí	No
1. ¿Está el paciente actualmente tomando cualquier prescripción y/o medicamentos de venta libre o suplementos vitamínicos? Si es así, por favor enumere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el Paciente alérgico a algún medicamento, es decir, penicilina, antibióticos u otros medicamentos? En caso afirmativo, Por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el Paciente alérgico a cualquier otra cosa, tal como ciertos alimentos? En caso afirmativo, Por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Está la paciente actualmente embarazada? Si es así, ¿cuántas semanas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha estado la paciente alguna vez embarazada o ha tenido un bebé? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es así, ¿parto vaginal normal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cesárea? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
6. ¿Fue colocado el bebe del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal después del parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cómo describiría los hábitos alimenticios del Paciente?		
8. ¿Ha tenido el paciente alguna vez una enfermedad grave? Si es así, cuando: _____ Por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sido el paciente hospitalizado alguna vez? Si es así, cuando: _____ por favor describa: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Antecedentes de otras enfermedades? Si es así, por favor enumere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha recibido el paciente alguna vez un anestésico general? En caso afirmativo, Por favor explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene el paciente algún problema hereditario? En caso afirmativo, Por favor describe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tiene el paciente alguna dificultad para hablar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha tenido el paciente alguna vez una transfusión de sangre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Sangra en excesivo el paciente cuando se corta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Está el paciente físicamente, mentalmente o emocionalmente dañado? En caso afirmativo, Por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el paciente bisfosfonatos orales o intravenosos para trastornos óseos, cáncer u otras afecciones? Si es así, por favor describa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Está el paciente actualmente siendo tratado por alguna enfermedad? En caso afirmativo, Por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Es esta la primera visita del paciente al dentista? Si no es así, ¿cuál fue la fecha de la última visita dental? Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el paciente algún problema con el tratamiento dental en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido el paciente alguna vez una radiografía dental (rayos x)? En caso afirmativo, fecha de radiografías tomadas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha sufrido alguna vez el paciente alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha tenido el paciente algún problema con la erupción o el desprendimiento de dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha tenido el paciente tratamiento de ortodoncia (frenos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Se chupa el dedo, mano, o chupón el paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Qué tipo de agua bebe el paciente? Agua de la ciudad <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada <input type="checkbox"/>		
26. ¿Usa la pasta dental fluorada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Toma el paciente suplementos de fluoruro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		



Para ser completado por el dentista
Comentarios: _____