



**PATIENT REGISTRATION
 HISTORY-CHILD**

Nombre _____ **Fecha** ____/____/____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Edad** ____ Masculino Femenino **Escuela** _____ **Grado** _____

Domicilio _____ **Teléfono** (____) _____ - _____

Nombre de la Madre _____ **Empleador** _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Teléfono (____) _____ - _____ **Nº de seguro social** ____ - ____ - ____ **Correo Electronico** _____

Nombre de Asegurancia Dental _____ **Nº de Grupo** _____

Nombre del Padre _____ **Empleador** _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Teléfono (____) _____ - _____ **Nº de seguro social** ____ - ____ - ____ **Correo Electronico** _____

Nombre de Asegurancia Dental _____ **Nº de Grupo** _____

Paciente vive con Ambos Padres Madre Padre Otro _____

Referido por? _____

MEDICATIONS CURRENTLY TAKING: _____

POR FAVOR MARQUE SI O NO ALAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| YES | NO | YES | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El Paciente ha tenido un examen físico en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El paciente ha tenido alguna reacción a algún medicamento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El paciente es actualmente bajo el cuidado de un médico ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Se le a removido sus anginas y / o adenoides ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El Paciente a estado hospitalizado alguna vez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El paciente a experimentado desmayos o mareos ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El paciente está tomando algún pastillas, medicamentos o drogas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente la presión arterial muy alta o muy baja? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez paciente de una cirugía mayor ? | | |

HA SIDO DIAGNÓSTICADO O TRATADO POR:

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| Yes | No | Yes | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedades malignas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas endocrinos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Huesos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sida |

FAVOR REVISE SI EL PACIENTE ES ALÉRGICO A LO SIGUIENTE :

- Aspirina Codeina Penicilina Sulfa Latex Metales
 Otro/a _____

Dr. Notes: _____

MEDICAL ALERT
 Yes No

Hay algún otro problema médico que debería tomar en cuenta ? _____

HISTORIAL DENTAL

NOMBRE DEL DENTISTA _____ **Teléfono** (____) _____ - _____ **FECHA DE LA ÚLTIMA LIMPIEZA** ____/____/____

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| Yes | No | Yes | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez consulta o tratamiento de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El paciente apretar o rechina los dientes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Se le ha informado al paciente que le faltan dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente dolor o ruido en la mandíbula? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Tiene dientes permanentes que se han eliminado por extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez algún diente lesionado por causa de un accidente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Alguien de la familia ha tenido tratamiento de ortodoncia?
¿Quien? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez paciente dolores en la cara? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿El Paciente respira predominantemente por su boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez una lesión severa en la mandíbula o la cabeza? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente algún problema del habla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Le sangran las encias al cepillarse los dientes o usar hilo dental? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿ El paciente se chupa su pulgar o dedo? | | |
- ¿Hay otros problemas dentales / de ortodoncia que debo tener en cuenta? _____

Padre/Guardian _____ **Fecha** ____/____/____