



**PATIENT REGISTRATION  
 HISTORY-CHILD**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_  Masculino  Femenino **Escuela** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Teléfono** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre** \_\_\_\_\_ **Empleado** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Teléfono** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Nº de seguro social** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Correo Electronico** \_\_\_\_\_

**Nombre de Asegurancia Dental** \_\_\_\_\_ **Nº de Grupo** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre** \_\_\_\_\_ **Empleado** \_\_\_\_\_ **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:**

- |                          |   |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <b>YES</b>               | <b>NO</b>   | <b>YES</b>               | <b>NO</b>  |
| <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:**

- |                          |   |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <b>Yes</b>               | <b>No</b>                                     | <b>Yes</b>               | <b>No</b>                                      |
| <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** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |                          |   |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <b>Yes</b>               | <b>No</b>   | <b>Yes</b>               | <b>No</b>  |
| <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?<br>¿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 encías 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** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_