

**HISTORIAL DENTAL**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Ultimo Examen: \_\_\_\_\_ Fecha de Ultima Radigrafias: \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista Anterior: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Que tan frecuente se lava los dientes diario? \_\_\_\_\_ Que tan frecuente los dientes con hilo dental? \_\_\_\_\_

Marque cualesquiera de las siguientes condiciones que aplican al paciente:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento                         | <input type="checkbox"/> Sangrado de las encias | <input type="checkbox"/> Clic o chasquidos en la mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Acumulacion de placa en los dientes | <input type="checkbox"/> Aprieta los dientes    | <input type="checkbox"/> Dolor                             |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos     | <input type="checkbox"/> Sensible al frio       | <input type="checkbox"/> Sensible al calor                 |
| <input type="checkbox"/> Sensible al dulce                   | <input type="checkbox"/> chuparse el dedo       | <input type="checkbox"/> Llagas o bultos en la boca        |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal             |   |  |

Otra condicion explique \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Numero de tel \_\_\_\_\_

Fecha de ultima consulta con el medico: \_\_\_\_\_

Tiene alguna condicion medica el paciente? Si/No Explique: \_\_\_\_\_

Esta el niño toma alguno de los siguientes medicamentos?  Los analgésicos  Ritalin  Anticoagulantes

Tranquilizantes  Insulina  Relajantes Musculares  Otro: \_\_\_\_\_

¿El niño a tomado fen Phen? Si  No

Indique alergias:

- Penicilina  Amoxicilina  Tetracilina  Anestesia dental  Aspirina  
 Látex  Otra: \_\_\_\_\_

¿El niño ha sido diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes?:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sida/VIH Positiva               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos persistente              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado                |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de nervios            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos con sangre               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis                         |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor en la quijada                  |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Valvulas cardiacas artificiales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Emsolio cerebral                     |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Atencion psiquiatrica           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumatica                     |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiroide problemas                    |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lesionas cardiacas congenitas   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Reparacion de hernia         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia                               |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento con cortisona       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta / baja | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia                            |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Amigdalitis                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Erubcion de piel             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco                       |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cardiopatia congénita           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escarlatina                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Huesos / articulaciones artificiales |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento   |  |  |

Cirugias: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Afirmo el la información que he dado en este formulario es correcta a mi leal saber y es mi reponsibility informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica del niño. Autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Victor Valley Kids Dental y entiendo que soy responsable por el pago de co-pagos, deducibles, los saldos no cubiertos por mi seguro. También autorizo a Victor Valley Kids Dental para liberar toda la información necesaria para procesar los reclamos de los niños. Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio.

Firma del padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dr. Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_