



Smiles 4 Kids
Children's General Dentistry



Nobre Del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Como se entero de nosotros? _____

Masculino Femenino

TIENE SU HIJO/A UNA DE LOS SIGUIENTE? (Para nino solamente)

Tomar en tetera/pecho Se chupa el dedo
 Chupon Rechina los dientes

Historia Medica

Nombre de medico: _____ Tel: _____

El paciente esta tomando algun tipo de medicamento? NO SI Que Medicamento? _____

El paciente es alergico/a a algun tipo de medicamento o substancia?

Aspirina Penicillina/Amoxicillina Latex Comidas Metales/Acrylicos Other: _____

ANEMIA	S / N	DESMAYO/MAREOS	S / N	PROTESIS/CLAVOS COYENTURA	S / N
ASMA/PROBLEMAS RESPORATORIOS	S / N	HEPATITIS	S / N	EMFERMEDAD DE HIGADO	S / N
AUTISMO	S / N	SOPLO DEL CORAZON	S / N	HISTORIA FAMILIAR DE CARIES DENTAL	S / N
SIDA/VIH	S / N	ENFERMEDAD DE RINON	S / N	USO DE TABACO	S / N
ADHD/ADD	S / N	LEUCEMIA	S / N	EMBARAZO	S / N
DEFICTOS DE NACIMIENTO	S / N	ANEMIA DEL CELULO DE HOZ	S / N	ULCERA	S / N
SANGRAMIENTO/PROBLEMAS DE COAGULACION	S / N	TUBERCULOSIS	S / N	DIABETES	S / N
ADENOIDEO CRONICO/PROBLEMAS ANGINALES	S / N	DEABILIDADES O NECESIDADEZ ESTECIALS	S / N	PROBLEMAS DE LENGUAJE/OIDO	S / N
¿HOSPITALIZACIÓN EN LOS UNTIMOS 5 ANOS?	S / N	CONSUMO DE DROGAS O ALCOHOL	S / N	CONVUSIONES/ATAQUES	S / N
				COMPLICACIONES ANESTESICAS ANTERIORES	S / N

Si marco "si",a alguna pregunta, favor de explicar: _____

Firma de Gurdian: _____ Relacion del paciente: _____

Fecha: _____