



225 Imperial Blvd. • Lakeland, FL 33803 • Phone: (863) 644-4739

Formulario Historial de Salud

Para su conveniencia..... imprima este formulario, complete toda la información y tráigalo con usted en su primera visita a nuestra oficina. El padre o tutor que acompaña al niño/a es responsable del pago en el momento del servicio.

<p>1. Información Sobre Su Hijo</p> <p>Nombre del niño/a _____ <small>Apellido Primer Nombre</small></p> <p>Apodo _____ Niño ___ Niña ___</p> <p>Hermanos Que Tratamos Aqui _____</p> <p>Fec. de Nac. ____/____/____ Edad ____</p> <p># Tel. (____) _____</p> <p>SS# _____</p> <p>Dirección de Domicilio: _____ Calle _____ Apt # _____</p> <p>Ciudad _____ Est _____ Codigo Postal _____</p> <p>Idioma Primario Preferido _____</p>	<p>4. ¿Quién Está Acompañando al Niño/a Hoy?</p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación Con el Paciente _____</p> <p>¿Tiene la Custodia de Este Niño/a? ___ Si ___ No</p>
<p>2. Información de la Madre:</p> <p>Nombre _____ ___ Madrastra ___ Tutor/a Fec. de Nac _____</p> <p>Trabajo del Empleador _____ de Trabajo (____) _____ Ext. _____</p> <p># de Celular (____) _____</p> <p>SS# _____ # Licencia ____/____ Est/Numero</p> <p>___ Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo</p>	<p>5. Persona Responsable de la Cuenta</p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Dirección de Facturación _____ Ciudad _____ Est. Codigo Postal _____</p> <p># Teléfono (____) _____</p> <p># Trabajo (____) _____</p> <p>Correo Electrónico _____</p>
<p>3. Información del Padre:</p> <p>Nombre _____ ___ Madrastra ___ Tutor/a Fec. De Nac. _____</p> <p>Trabajo del Empleador _____ # de Trabajo (____) _____ Ext. _____</p> <p># de Celular (____) _____</p> <p>SS# _____ # Licencia ____/____ Est/Numero</p> <p>___ Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo</p>	<p>6. Seguro Dental Primario</p> <p>Nombre de la Co. del Seguro _____</p> <p>Dirección de la Co. del Seguro _____</p> <p>#Teléfono de la Co. _____</p> <p># De Grupo (Plan,Local, or Póliza) _____</p> <p>Nombre del Propietario de la Directiva _____</p> <p>Relación con el Paciente _____</p> <p>Fec. de Nac. del Propietario de la directiva ____/____/____</p> <p>SS# _____</p> <p>Empleador del Propietario de la Póliza _____</p>
<p>7. Seguro Dental Secundario</p> <p>Nombre de la Co del Seguro _____</p> <p>Dirección de la Co del Seguro _____</p> <p># Teléfono de la Co. del Seguro _____</p> <p># De Grupo (Plan, Local, or Póliza) _____</p> <p>Nombre del propio tario de la Directiva _____</p> <p>Relacion con el Paciente _____</p> <p>Fec. de Nac. del Propietario de la Póliza ____/____/____</p> <p>SS# _____</p> <p>Empleador del Propietario de la Póliza _____</p>	

8. Historia Dental

Es la Primera Visita de se hijo al dentista? _____

Si no, Cuánto tiempo Desde la última visita al dentista? _____

Tomó alguna Radiografía en la visita dental Anterior? _____

Ha Tenido su Hijo/a Algún Accidente en la Cabeza, La Cara O los Dientes? _____

Si "si", Por Favor Explique _____

Cuál es el Motivo de su Visita Hoy? _____

Su Hijo Tiene Alguno de los Siguietes Hábitos?
 S N Churparse los Labios/Morder S N Mordiendo las Uñas
 S N Habitios de Biberón S N Chuparse el Dedo/s

Alguna Vez el Niño/a Tuvo una Problema Serio o Difícil Asociado con un Trabajo Dental Anterior? Si No

Si No Si "si", Por Favor Explicanos _____

Es el asua del Niño/a Flurada? Si No

Esta el Nino/a Tomando Suplemntos de Flúor? Si No

Ha Tenido el Niño/a Alguna vez Dolor o Sensibilidad en su Mandibula/ Articulación? Si No

El Niño/a se Cepilla los Dientes Diariamente? Si No

Usa el Hilo Dental Diariamente? Si No

Por Favor Describa la Salud Fisica Actual el Niño/a...



Nuestra Oficina se Compromete a Cumpliar o Exceder los Estandares de Control de Infecciones Establecidos por OSHA, CDC, y ADA

9. Historia de Salud

Alguna vez el niño/a ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

S	N	Sangrado Prolongado	S	N	Apnea del Sueño
S	N	Alergias a Cualquier Droga	S	N	Handicap/ Discapacidad Mental/fisica
S	N	Cualquier Estadia Hospital	S	N	Soplo Cardiaco
S	N	Cualquier Operación	S	N	Hemophilla/ Trastorno sanguineo
S	N	Aama/Fiebre del Heno	S	N	Hepatitis/Enfermedad hepaticas
S	N	Cancer/Tumor	S	N	VIH or SIDA
S	N	Cardiopatía Congénita	S	N	Riñon/afecciones hepáticas
S	N	Convulsiones/Epilepsia	S	N	Enfermedad de celulas falciformes/rasgo
S	N	Autismo	S	N	Diabetes
S	N	Fiebre Reumática/ Escarlata	S	N	Alergias al producto latex
S	N	Problemas al Nacer	S	N	Otros condiciones

Su Hijo/a ha Sido Hospitalizado o ha Tenido Alguna Operación Importante? Si No _____

Ha Tenido su Hijo una Reacción Adversa a la Anestesia, Medicamentos Sedantes O Anestésicos Locales, Como la Lidocaína? Si No _____

Por Favor Enumere Todas las Drogas Que el Niño/a Está Tomando Actualmente, la Dosis y la Razon _____

Por Favor Enumere Todas las Drogas Que el Niño/a es Alérgico _____

Nombre y # Tel. del Medico del Niño/a _____ (____)

Está su Hijo Actualmente Bajo el Cuidado de un Médico? Si No _____

A Quién le Damos las Gracias por Remitirle a Nuestra Oficina? _____

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta segun mi leal saber y entender, que se mantendra en la más estricta confidencialidad, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hijo. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesario que mi hijo pueda necesitar.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Relación con el Paciente _____