

**ABC Pediatric Dentistry**  
**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino ¿Habla el paciente Ingles? Si No

Nombre de la persona que esta llenando esta forma \_\_\_\_\_ Relación al paciente: Madre Padre Otro \_\_\_\_\_

El Paciente vive con  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL**

¿Es esta la primera visita de su hijo/hija al dentista?  No  Si Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_ Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente dolor alguno?  Si  No

A hecho o hace el paciente lo siguiente:

- | SI                       | NO                       | SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En general como han sido las visitas anteriores de su niño al dentista buenas mas o menos malas

**HISTORIAL MEDICO**

Nombre del médico del paciente \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_

- | SI                       | NO                       | SI  | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Explique _____           |                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especifique: <input type="checkbox"/> Murmullo <input type="checkbox"/> Defecto congénito <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Perdida de Oído <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones   |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Yo afirmo haber leído y comprendido la información de arriba. También afirmo que mis preguntas han sido contestadas y han sido resultas todas mis dudas. Yo no haré responsable al Dr. Allen, Dr. Kurt o a ninguno de sus empleados por cualquier error e omisión que se haya hecho al completar esta forma.

Firma del Padre/ Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_