

**HISTORIA DE SALUD Y REGISTRACIÓN-NIÑO**  
**(HEALTH HISTORY AND REGISTRATION-CHILD)**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia fuera de la casa: \_\_\_\_\_ # de telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE PARA LA CUENTA**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ # de Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: Casado Divorciado Separado Soltero Viuda

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ # de trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESPOSO/A DE LA PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_ # de Telephone Celular: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL**

Dentista General: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido daños a la cara, la boca, los dientes o la barbilla? \_\_\_\_\_

Se han removido las amígdalas o los adenoids? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Circula si su hijo tiene o ha tenido los siguientes hábitos: Chuparse el pulgar/los dedos Chuparse/Morderse los labios

Comerse las uñas Rechinar o apretar sus dientes Respirar por la boca Problemas con el hablar

**HISTORIA MÉDICA**

Médico: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de escribir todos los medicamentos su hijo actualmente toma: \_\_\_\_\_

Favor de escribir todas las drogas a las cuales su hijo tiene alergias: \_\_\_\_\_

Circula si su hijo tiene o ha tenido los siguientes: Sople cardíaco Cáncer Diabetes Fiebre Reumática

VIH/SIDA Hemofilia Asma Hepatitis Tuberculosis Defectos Cardíacos Congénitos Sangrar Fuera del normal

Convulsiones/epilepsia Problemas con el oído Problemas con el hígado/los riñones Minusvalías/Incapacidades

Cirugías Hospitalizaciones Alergias a plásticos, látex o metales

Si hay una respuesta "Sí" a cualquier, favor de explicar \_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo medicamentos para procedimientos dentales? \_\_\_\_\_

---

Yo entiendo que la información que he dado es correcta según mi mejor conocimiento, que esta información será guardada en confianza, y que informar a esta oficina de cualquier cambio del estado médico de mi hijo es mi responsabilidad. También autorizo que los empleados dentales hagan cualquier servicio dental necesario que mi hijo necesite. Esta oficina reserva el derecho de verificar el estado de crédito de los pacientes potenciales y/o los padres de pacientes antes de extender crédito para cargos de tratamiento y, al discreción de esta oficina, puede usar los servicios de uno o más de las agencias que reportan el crédito. También entiendo que mi seguro dental es un contrato de parte de mí y la compañía de seguros, y no entre la compañía de seguros y el doctor y que yo soy responsable por todos los cargos ortodónticos. También cedo todos los beneficios de seguro al Doctor. Todos los pagos recibidos por el Doctor de mi cubrimiento de seguro serán dado a mi cuenta, o revuelto a mí si he pagado todos los cargos incurridos.

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Firma del Doctor** \_\_\_\_\_