**INFORMATION DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE APELLIDO SOBRE NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: HOMBRE/MUJER

DIRRECCION DE CASA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO: CA

NÚMERO DE TELÉFONO (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ EMERGENCY # (\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Correo Electronico :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE ASEGURANZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE APELLIDO

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ASEGURANZA DEL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL**

-NOMBRE DEL DENTISTA DONDE LO LLEVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-NOMBRE DE SU MEDICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-QUIEN LA REFIRIO A NUESTRA OFICINA? *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

**MARQUE LO QUE CORRESPONDA CON UNA X**

-¿USTED O SU HIJO TIENEN PROBLEMAS DE VELOCIDAD/TERAPIA? SI \_\_ NO \_\_

-¿USTED O SU HIJO REMUECEN O APRIETAN LOS DIENTES? SI \_\_ NO \_\_

-HÁBITOS ORALES (PULGAR, DEDO O LABIO -SUCCIÓN/MORDERSE LAS UÑAS)? SI \_\_ NO \_\_

-RONCA DURANTE EL SUENO? SI \_\_ NO \_\_

- ¿HAS TENIDO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA?SI \_\_ NO \_\_

-USTED FUMA O UTILIZAS EL TABACO (CUALQUIER FORMA) SI \_\_ NO \_\_

-TIENE IMPLANTES? SI \_\_ NO \_\_

-¿ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO POR PRESCRIPCION O DE VENTA LIBRE? SI \_\_ NO \_\_

-TRUNA TU QUIJADA? SI \_\_ NO \_\_

- TIENE DOLOR EN LA QUIJADA? SI \_\_ NO\_\_

-¿NECESITA PRE-MEDICAMENTO PARA SUS VISITAS DENTALES? SI \_\_ NO \_\_

ENUMERA CUALQUIER ALERGIA QUE TENGAS INCLUYENDO METAL O LATEX: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿HAZ TENIDO ALGUNA DE LA SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS MEDICOS?

**MARQUE LO QUE CORRESPONDA CON UNA X**

-SIDA SI \_\_ NO \_\_ -PRESION BAJA SI \_\_ NO \_\_

-VIH SI \_\_ NO \_\_ -HERPES SI \_\_ NO \_\_

-ANEMIA SI \_\_ NO \_\_ -AUTISMO SI \_\_ NO \_\_

- ADHD SI \_\_ NO \_\_ -ASMA SI \_\_ NO \_\_

- ENFERMEDAD AUTOINMUNE SI \_\_ NO \_\_ -ARTRITIS SI \_\_ NO \_\_ -CANCER / QUIMOTERAPIA SI \_\_ NO \_\_ - DEFECTO CONGENITO DEL CORAZON SI \_\_ NO \_\_ -DIABETES SI \_\_ NO \_\_ - DIFICULTAD RESPIRATORIA SI \_\_ NO \_\_ -ULCERAS SI \_\_ NO \_\_

**COMO EL PACIENTE/TUTOR LEGAL DECLARO QUE HE LEÍDO DETENIDAMENTE ESTA EXENCIÓN DE SALUD Y RESPONDIDO A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.**

**FIRMA DE PACIENTE/TUTOR:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**FECHA:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_