



pediatric dental care

9901 Fairfax Blvd., Fairfax, VA 22030 P:(703) 383-3434 F:(703) 383-3434
6120 Brandon Avenue, Suite 114, Springfield, VA 22150 P:(703) 992-7100 F: (703) 992-7137

Fecha de Hoy: ____/____/____ Ubicacion de Oficina Fairfax Springfield

Informacion de Salud

Nombre del Niño: _____ Sobrenombre: _____

Apellido Primer MI

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Celular de los Padres: _____

Correo Electronico: _____

- Es el agua de su hijo fluorado? Sí No

- Si toma suplementados de fluoruro? Sí No

- Ha tenido su hijo dolor de mandíbula? Sí No

- Se cepilla su hijo(a) los diente diariamente? Sí No

- Usa su hijo(a) el hilo dental diariamente? Sí No

Tiene su hijo(a) uno de los siguiente hábitos?

Chupa de dedos/ Pacifier Sí No

Mordidas de uñas Sí No

Respira con la boca Sí No

Amamantando Sí No

• Esta su hijo(a) bajo cuidado de un doctor? Sí No

Si, favor de explicar: _____

• Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____

• Tiene su hijo(a) algún problema medico que necesita mas clarificación? Sí No

Si, favor de explicar: _____

• Ha sido su hijo(a) admitido a un hospital o ha necesitado cuidado de emergencia durante los últimos dos anos? Sí No

Si, favor de explicar: _____

• Ha tenido su hijo(a) complicaciones según tratamiento dental? Sí No

Si, favor de explicar: _____

Ha tenido su hijo(a) algo de lo siguiente? (Estas preguntas nos ha ayuda para tartar y comprender su hijo(a).) **Favor de marcar los que son aplicados:**

SIDA / VIH

Alergias _____

Anemia

Asma

Autismo

Enfermedad de Sangre

Cáncer _____

Labio Leporino/Paladar

Hendido

Defecto Congénita del Corazón

Diabetes

Mareos

Dolor de oídos

Epilepsia

Sangrado Excesivo

Desmayos

Dolores de Cabeza

Discapacidad

Contusion

Sordera

Enfermedad de Corazón

Murmuro en el Corazón

Hemofilia

Hepatitis

Presión Alta

Bilirubina

Enfermedad de Riñones

Problemas de Atención y

Aprendizaje (A.D.D.

Dislexia, Hyperactividad)

Enfermedad del Ligado

Problemas Mentales

Problemas Nerviosos

Problemas Respiratorios

Fiebre Reumática

Convulsiones

Dolor de Garganta

Problemas de Hablar

Problemas de Estomago

Amigdalitis

Tuberculosis

Tumores

Al día con Inmunizaciones

Alérgico(a) a Látex

Alérgico(a) a Penicilina

OTRO:

Nombre del Pediatra: _____ y/ o Nombre del Grupo: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Dentista Anterior del Niño: _____ y/ o Nombre del Grupo: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Yo reconozco que todas las respuestas e información que he escrito son verdaderas y correctas. Si la salud de mi hijo(a) cambia, yo le informare al doctor en su siguiente cita sin falla.

Nombre: _____ Relacion con el Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____