



### Información del Paciente

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
 Nombre \_\_\_\_\_  
Apeido                                  Nombre                                  2nd Nombre  
 Apodo \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Mejor Número de Contacto \_\_\_\_\_  
 Casa                                   Celular                                   Trabajo  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_  
 Actividades/Interes \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Cual Oficina Prefiere? \_\_\_\_\_  
 Spring Valley                                   Devine                                   Lexington

### Información de la Persona Responsable

**Nombre** \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
 Empleado/Compañía \_\_\_\_\_  
 # del trabajo \_\_\_\_\_  
 Casado  Divorciado  Separado  Soltero  Viudo  
 Correo Electronico del Paciente Responsable \_\_\_\_\_  
**Esposa(o)/Otro** \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
 Empleado/Compañía \_\_\_\_\_  
 # del trabajo \_\_\_\_\_  
 Casado  Divorciado  Separado  Soltero  Viudo  
 Correo Electronico del Paciente Responsable \_\_\_\_\_  
 Hay Algun Otro Niño que quiera que evaluemos?  
 Si  No \_\_\_\_\_  
 Familiares que han sido tratados antes \_\_\_\_\_  
 Como decidio venir a nuestra clinica \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Historial Medico/Dental

Dentista General \_\_\_\_\_  
 Ultima Visita Dental \_\_\_\_\_  
 Esta Viendo al Doctor por algun problema especifico?  
 \_\_\_\_\_  
 Doctor General \_\_\_\_\_  
 Está tomando algún medicamento prescrito?  Si  No  
 Esta tomando bisfosfonato para osteoporosis?  
 Si  No  Fosamax  Boniva  Actonel  Otro  
 Lista de medicamentos sensitivos \_\_\_\_\_  
**Pacientes Adolescentes**  
 Es el Paciente Adoptado?  Si  No  
 El Paciente a Empezado la pubertad?  Si  No  
 Niña: A empezado su menstruación?  Si  No  
 Si si, mes/año \_\_\_\_\_  
 Por favor cheque todas las que aplican:  
 Alergia al Latex     Dolor de Mandibula     Raspa los Dientes  
 Diabetis                                   Problema con los Huesos     ADD/ADHD  
 Epilepsia                                   Condición del corazón     Sida / VIH  
 Hepatitis                                   Problema renales                                   Problemas Endocrinicos

### Aseguranza

**Pacientes Adolescentes**                                   Si  No  
 Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
 Empleado/Compañía \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguro \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID/SS# \_\_\_\_\_  
 # de la Aseguraza \_\_\_\_\_  
**Aseguraza secundaria?**                                   Si  No  
 Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
 Empleado/Compañía \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID/SS# \_\_\_\_\_  
 # de la Aseguranza \_\_\_\_\_

X

Firma del Paciente / Padres / Guardian

Fecha