

HISTORIA DE SALUD

Nombre del Medico del Nino _____ Telefono _____

El nino esta bajo cuidado medico? Si / No

El nino esta tomando medicamentos? Si / No

Hay sangre excesivo cuando hay cortada? Si / No

A estado en el hospital? Si / No

A tenido alguna cirugia? Si / No

Es alergico a alguna medicina? Si / No

Tiene problemas emocionales? Si / No

El nino a tenido problemas con: **(circula)**

Anemia	Hepatitis
Asma	VIH (Sida)
Vejiga	Rinon
Cancer	Higado
CP	Fiebre Reumatica
Convulsiones	Tiroides
Diabetes	Tuberculosis
Epilepsia	Algo Mas _____
Corazon	Ningunos

HISTORIA DENTAL

Ultima Visita Dental: Nombre del Dentista _____ Fecha: _____

Otros Dentistas que ha Visto: _____

Algun significante trauma dental o problemas? _____

Nos da permiso de obtener informacion del record medico y dental de su hijo(a)? Si / No

Firma

relacion del paciente

Fecha