



INFORMACION DEL NUEVO PACIENTE

Nombre del niño _____
apellido nombre inicial

Dirección _____

Apodo _____

Tel-casa # _____

Tel- niño celular # _____

Genero : Masculino Femenino

Fecha de nacimiento ____/____/____

Referido por: _____ Escuela _____

Pediatra nombre _____

Pediatra telefono _____

Ha tenido algunos de los siguientes problemas medicos? Circule los que si:

Sangrado Anormal	Anemia	Cancer
Viruela	Convulsiones	Epilepsia
Asma	Diabetes	Hemofilia
Hepatitis	Urticaria	Problemas rinon/higado
Saranpion	Mononucleosis	Fiebre/ Reuma o Escarlatina
Erupciones de piel	Tuberculosis	HIV/SIDA- negative

Problemas congenitos de Corazon? Si No

Soplos cardiacos? Si No

De que tipo: _____

Su niño ha sido diagnosticado con autismo/ necesidades especiales? Si No

De que tipo: _____

Allergias a medicamentos? Si No

A cuales: _____

Proposito de su visita con el dentista? _____

Otros hermanos que son pacientes actualmente:

Su niño tiene alguno de los siguientes habitos? Circule los que si:

Chuparse los labios Amamantar/ biberon

Morderse las unas Chuparse el dedo

El niño fue amamantado? Si No el niño es adoptado? Si No