



**POR FAVOR ACTUALICE LA INFORMACIÓN DE SU HIJO(A) EN CADA VISITA**

**Nombre del Niño(a)** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Médico Primario** \_\_\_\_\_ **Farmacia** \_\_\_\_\_

**SI NO**

¿Tiene su hijo(a) dolor de boca o dientes? Si es así, por favor explique:		
¿Ha visitado su hijo(a) al médico desde la última visita al dentista? Si es así, por favor explique:		
¿Ha estado su hijo(a) en el hospital? Si es así, por favor explique:		
¿Ha visitado su hijo(a) la sala de emergencias? Si es así, por favor explique:		
¿Ha sido sometido su hijo(a) a algún exámen médico? Si es así, por favor explique:		
¿Tiene su hijo(a) alguna alergia? Si es así, por favor explique:		
¿Toma su hijo(a) algún medicamento? Si es así, por favor mencione:		
¿Toma el niño(a) medicamentos de venta sin receta, suplementos o vitaminas? Si es así, por favor mencione:		
¿Le han dicho que su hijo(a) debe tomar medicamentos antes del tratamiento dental? Si es así, por favor explique:		
¿Utiliza el niño(a) productos con tabaco, vapeador o Juul(cigarillo eléctrico)? Si es así, por favor explique:		
¿Está la niña embarazada? Si es así, cual es la fecha estimada de parto:		
¿Hay alguna otra información que necesitemos saber sobre la salud de su hijo? Si es así, por favor explique:		
¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud dental de su hijo(a)? Si es así, por favor explique:		

**Verifico que el historial médico anterior es verdadero y preciso según mi mejor conocimiento. Verifico que he leído y comprendido esta información. También entiendo que tengo derecho a hacer preguntas sobre el cuidado de mi hijo(a), y que tengo derecho a rechazar cualquier exámen, tratamiento o procedimiento.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Padre(Madre)/Tutor Legal**