



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? [] Si [] No
- Si toma suplementados de fluoruro? [] Si [] No
- Ha tenido su hijo dolor de mandibula? [] Si [] No
- Se cepilla su hijo(a) los diente diariamente? [] Si [] No
- Usa su hijo(a) el hilo dental diariamente? [] Si [] No
Tiene su hijo(a) uno de los siguiente hábitos?
Chupa de dedos/ Pacifier [] Si [] No
Mordidas de uñas [] Si [] No
Respira con la boca [] Si [] No
Amamantando [] Si [] No

- Esta su hijo(a) bajo cuidado de un doctor? [] Si [] No
Si, favor de explicar: _____
• Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____
• Tiene su hijo(a) algún problema medico que necesita mas clarificación? [] Si [] 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? [] Si [] No
Si, favor de explicar: _____
• Ha tenido su hijo(a) complicaciones según tratamiento dental? [] Si [] 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 [] Dolor de oídos [] Bilirubina [] Problemas de Estomago
[] Alergias _____ [] Epilepsia [] Enfermedad de Riñones [] Amigdalitis
[] Anemia [] Sangrado Excesivo [] Problemas de Atención y [] Tuberculosis
[] Asma [] Desmayos Aprendizaje (A.D.D. [] Tumores
[] Autismo [] Dolores de Cabeza Dislexia, Hyperactividad) [] Al día con Inmunizaciones
[] Enfermedad de Sangre [] Discapacidad [] Enfermedad del Ligado [] Alérgico(a) a Látex
[] Cáncer _____ [] Contusion [] Problemas Mentales [] Alérgico(a) a Penicilina
[] Labio Leporino/Paladar [] Sordera [] Problemas Nerviosos OTRO:
Hendido [] Enfermedad de Corazón [] Problemas Respiratorios [] _____
[] Defecto Congénita del [] Murmuro en el Corazón [] Fiebre Reumática [] _____
Corazón [] Hemofilia [] Convulsiones
[] Diabetes [] Hepatitis [] Dolor de Garganta
[] Mareos [] Presión Alta [] Problemas de Hablar

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: _____