



Office Use only:
Pt's weight _____
Pt's age _____

1

Información de Salud del Paciente

Apellido del Paciente: _____ Inicial: _____ Nombre del Paciente: _____

1. ¿Tiene el paciente algún problema de salud? Si NO Explique: _____
2. ¿Ha sido el paciente hospitalizado alguna vez? Si NO Explique: _____
3. ¿Sangra excesivamente cuando se corta o se hace moretones fácilmente? Si NO Explique: _____
4. ¿Tiene el paciente problemas emocionales o mental? Si NO Explique: _____
5. ¿Ha recibido el paciente anestesia local alguna vez? Si NO Explique: _____
6. ¿Ha tenido el paciente dolor de muelas en el ultimo mes? Si NO Explique: _____
7. ¿Tiene el paciente algun reemplazo de articulaciones? Si NO Explique: _____
8. ¿Esta la paciente embarazada? Si NO "Si", cuántas semanas? _____
9. ¿Ha tenido alguna reacciones alérgicas a algún medicamento, alimento p bebida, y/o es alérgico a cualquier material de uso común en una clínica dental; (como guantes de latex, anestetico, etc.)? Si NO Explique: _____
10. ¿Enumere los medicamentos recetados/ sin receta que el paciente toma _____

Si el paciente tiene alguna condición médica marque con un círculo o escriba donde dice "explique"

Asma	Problemas de audición	Se chupa el dedo	Cirurgia del corazon	Parálisis cerebral
Autismo	Desorden nervioso	Presion arterial alta	VIH	Hemofilia
ADHD	Condición de la piel	Problemas de la tiroide	Anemia	Problemas de los riñones
Problemas del Corazón	Fiebre reumática	Ronquido	Mononucleosis	Problemas en los pulmonares
Problemas del habla	Papers	Hepatitis	TMJ	Desmayos
Retraso en el desarrollo	Hidrocefalia	Respira por la boca	Defecto hereditario	Espina Bífida
Tuberculosis	Convulsiones	Eruta frecuentemente	Problemas del higado	Diabetes
ADD	Sarampion	Cancer	Labio leporino	Problemas de la vejiga

Please explain: _____

Smoking Status (for patients age 13 and older):

Currently Smoker Never smoked before Former smoker

CERTIFICATION AND CONSENT FOR TREATMENT

I certify that I am the patient or parent/legal guardian of the patient listed above and the information provided in this form is true and correct to the best of my knowledge. I also give my consent for my child or myself to receive a complete oral and dental examination (including any necessary x-rays) and dental cleaning. After consultation, I consent to all forms of treatment, medication, indicated for the dental care of the above named patient. This consent shall remain in full force and in effect until cancelled by either party. I also understand that I am personally responsible for any patient portions left on my account.

Signature: _____ Relationship to Patient (if patient is minor): _____ Date: _____

Dentist Signature: _____ Date: _____