



Cuestionario Medico de Menores

Nombre: _____ Apellido: _____ # de seguro social _____ - _____ - _____
 Sexo: M/F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____
 # De Teléfono de Casa (____) _____ - _____ # de Celular (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____
 Nombre de los padres del paciente: _____ ¿Cómo Escucharon de nuestra oficina? (Si es así, **¿por qué? Quien los refirió?**) _____ **Nombre de la escuela:** _____
 Día preferido para sus citas: Lu: am pm Ma: am pm Mi: am pm Ju: am pm Vi: am pm

Historial Médico (Favor de marcar SI o NO)

Si / No		Si / No		Si / No		Si / No		Si / No	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Problemas Endocrinos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sangrado Prolongado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Artritis
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Desorden Nervioso	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Problemas del Corazón	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cáncer	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Problemas del Hígado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Asma
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fiebre Reumática	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Trastorno del Hueso	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Desmayo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Defectos de Nacimiento	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	SIDA / VIH
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Alergias: (Por favor escriba)			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Otras condiciones que no estén en la lista?				

¿Ahora o alguna vez ha tomado Bisfosfonatos, incluyendo Fosamax, Didronel, Boniva, Aredia, Actonel, Skelid, o Zometa? _____ Si es así, ¿cuál(es)?: _____ ¿Otro(s) medicamento (s)? _____
 ¿Está bajo el cuidado de un médico? _____ Si es así, ¿por qué? _____

Historial Dental (Favor de marcar SI o NO)

Si / No		Si / No		Si / No		Si / No	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Ha tenido tratamiento previo de ortodoncia?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Alguno de los dientes sensibles o dolor?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Aprieta y / o rechina los dientes?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene dolor o zumbido en los oídos?
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Ha habido alguna lesión en la cara, la boca o los dientes?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene alguna caries sin arreglar?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Alguna vez se le ha bloqueado o deslizado fuera de lugar la mandíbula?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Ha experimentado alguna molestia o chasquido en la articulación de la mandíbula?
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene algún problema con el habla?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene algún problema en las encías?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Se le ha informado de los dientes perdidos?	Dentista General: _____ Fecha de la última limpieza Dental: _____ Nombre de la oficina Dental: _____ Dirección de la oficina Dental: _____ Que tan seguido se cepilla los dientes: _____ Que tan seguido utiliza el hilo dental? _____					

Nombre del padre o tutor: _____ **Relación:** _____ **Sexo:** M/F **Fecha de nacimiento:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
de teléfono de casa: (____) _____ - _____ **# de celular** (____) _____ - _____
de teléfono del trabajo (____) _____ - _____ **# de seguro social:** _____ - _____ - _____
Correo electrónico: _____ **Empleador:** _____ **Ocupación:** _____

Información del Primer seguro Dental

Tiene seguro dental secundario? SI NO

Nombre del asegurado: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
de seguro social/# de póliza: _____ **Nombre de la compañía de seguro:** _____
de grupo: _____ **# de teléfono de la compañía de seguro:** _____

Entiendo que la información que he dad es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se llevara a cabo en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio médico, dental o de domicilio. Si la oficina acepta me seguro, soy responsable de los Co-pagos, deducibles o tarifas que mi seguro no cubre.

Firma del Padre o Tutor _____ **Fecha:** _____