

Freeport Kids Dental & Orthodontics

56 Atlantic Ave., Freeport NY 11520 Phone: 516-600-9145

Email: freeportkidsdental@gmail.com

*****HISTORIAL MEDICO*****

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular #1: _____ Celular #2: _____

Email: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____

Numero de celular: _____

USTED TIENE O HA TENIDO UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Presion Arterial (Presion Alta) |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Deficit de atencion e Hiperactividad (ADHD) | <input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sindrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre |
| <input type="checkbox"/> HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | Otra: _____ |

ALERGIAS:

- Aspirina Anestesia local
- Penicilina Latex
- Codeína Otras, si es si, por favor explique: _____

¿Usted ha tenido alguna cirugía? Si es si, por favor explique:

¿Está tomando medicamentos? Si es si, por favor explique:

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

