

# Eastpoint Pediatric Dental Associates

410-282-8900 • Fax 410-284-5781

info@eastpointpediatricdentistry.com  
www.eastpointpediatricdentistry.com

1001 N. Point Blvd. • Baltimore MD 21224



## FORMULARIO DE SALUD

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN DE LA SALUD, POR FAVOR MARQUE SÍ O NO

Hemorragias severas	Sí No	Problemas nerviosos	Sí No
Problemas del corazón	Sí No	Desmayos/Mareos	Sí No
Asma	Sí No	Diabetes	Sí No
Rasgo de célula falciforme	Sí No	Anemia de célula falciforme	Sí No
Enfermedad del riñón	Sí No	Anemia por deficiencia de hierro	Sí No
Infección de VIH	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Fiebre reumática	Sí No	Hepatitis	Sí No
Alergia a el látex	Sí No	Alergia a la penicilina	Sí No
Trastorno del comportamiento	Sí No	Autismo	Sí No
Parástorno del comportamiento	Sí No	Proplemas de la visión	Sí No
Parálisis cerebral	Sí No	Problemas de la audicióm	Sí No
Defecto del habla	Sí No	Problemas de la presión	Sí No
Epilepsia/Ataque repentino	Sí No	Otro _____	
Depresión	Sí No		

¿Alergias a medicamentos? \_\_\_\_\_ ¿Otro tipo de alergias? \_\_\_\_\_

¿Su niño/a ha tenido cirugías? Sí No ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuando? \_\_\_\_\_

¿Su niño/a toma algún medicamento? Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién es el pediatra de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Qtra infomación que debemos tomar en cuenta? \_\_\_\_\_

Yo certifico que esta información está completa, correcta, y precisa.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

