



# Newport Pediatric Dentistry

**Faith C. Drennon, DMD**  
 15 Old Beach Road  
 Newport, Rhode Island 02840  
 Tel 401.849.4790 Fax 401.847.3020  
 www.newportpediatricdentistry.com

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

De telefono del paciente: \_\_\_\_\_ Case (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion del Paciente: \_\_\_\_\_  
# and Street City State Zip Code

Nombre de su Medico: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion de su Medico: \_\_\_\_\_  
# and Street City State Zip Code

Encierre en un circulo la respuesta apropiada:

1. Es la primera vez que el niño va al dentista? ..... SI NO
2. ¿Su niño tiene algún problema dental hoy? ..... SI NO  
 Si respondió sí describa? \_\_\_\_\_
3. ¿Su niño tiene algún problema médico ó físico? ..... SI NO  
 Si respondió sí cuál? \_\_\_\_\_
4. ¿Algún médico está viendo a su niño por alguna enfermedad ahora? ..... SI NO  
 Si respondió sí: diga la razón? \_\_\_\_\_
5. ¿Su niño toma alguna medicina? ..... SI NO  
 Si Si, ¿CUÁL? ¿POR QUÉ?  
 \_\_\_\_\_
6. ¿Su niño tiene alguna alergia a medicinas, comidas u otra sustancia? ..... SI NO  
 Si respondió sí: a cual? \_\_\_\_\_
7. ¿Su niño tomó penicilina alguna vez? ..... SI NO  
 Si respondió sí: hubo algún problema? \_\_\_\_\_
8. ¿Su niño alguna vez sangró demasiado por algún corte ó extracción dental? ..... SI NO
9. ¿Su niño ha estado alguna vez en un hospital? ..... SI NO  
 Si respondió sí: ¿Cuándo? ¿Donde?  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
10. ¿Tiene su niño alguno de los siguientes problemas? ..... SI NO

SIDA	SI	NO	Drogadicción ó alcoholismo	SI	NO	Enfermedad del hígado	SI	NO
Asma	SI	NO	Problemas emocionales	SI	NO	Retraso mental	SI	NO
Autismo	SI	NO	Problemas de la vista	SI	NO	Invalidez	SI	NO
sangrado	SI	NO	Sordera	SI	NO	Gestación	SI	NO
Transfusión de sangre	SI	NO	Enfermedad del corazón	SI	NO	Problema Psiquiátrico	SI	NO
Problemas de cicatrización	SI	NO	Soplo del corazón	SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO
Lesion cerebral	SI	NO	Hepatitis	SI	NO	Convulsiones/Epilepsia	SI	NO
Cáncer	SI	NO	Infección con virus del SIDA	SI	NO	Anemia de raza negra	SI	NO
Parálisis cerebral	SI	NO	Enfermedad a los riñones	SI	NO	Problemas de pronunciació:	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Problemas de aprendizaje	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO

10. ¿Qué es usted del niño? \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dentist's Signature: \_\_\_\_\_

12. Dentist's Comments: \_\_\_\_\_