



David R. Heald, D.M.D. • Yolanda C. Kieser, D.M.D.
 Lauren E. Widmer, D.D.S., M.S.
 Neal P. Singh, D.M.D., M.S. • Krystal Gage, D.M.D., M.S.
 Info@Orthodontics-Exclusively.com | 239-936-2175
 Office Locations: Ft. Myers, Cape Coral & Lehigh Acres

NiceSmiles.com

DATE OF EXAM:

Child's Information

NAME(LAST, FIRST, MI)		<input type="checkbox"/> MALE	AGE	BIRTHDATE
		<input type="checkbox"/> FEMALE		
SCHOOL	GRADE	HOBBIES		

CHILD LIVES WITH (CHECK ALL THAT APPLY)

MOTHER
 STEPMOTHER
 GRANDMOTHER
 GUARDIAN
 FATHER
 STEPFATHER
 GRANDFATHER

Mother's Information

NAME(LAST, FIRST, MI)		BIRTHDATE	<input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/> STEPMOTHER <input type="checkbox"/> GRANDMOTHER	SOCIAL SECURITY NUMBER ____
ADDRESS			HOME PHONE	
CITY			STATE	ZIP CODE
E-MAIL	CELL PHONE	CELL PHONE PROVIDER		WORK PHONE

Father's Information

NAME(LAST, FIRST, MI)		BIRTHDATE	<input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> STEPFATHER <input type="checkbox"/> GRANDFATHER	SOCIAL SECURITY NUMBER ____
ADDRESS			HOME PHONE	
CITY			STATE	ZIP CODE
E-MAIL	CELL PHONE	CELL PHONE PROVIDER		WORK PHONE

Dental History

CHILD'S DENTIST	DATE OF LAST EXAM
-----------------	-------------------

	YES	NO	COMMENTS:
Does child maintain 6 month dental check-ups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Do child's gums bleed while brushing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Does child clench or grind their teeth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Has your dentist suggested an orthodontic consultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Has your child had an orthodontic consultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Has your child had any orthodontic treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HOW DID YOU HEAR OF OUR OFFICE?

<input type="checkbox"/> DENTIST	<input type="checkbox"/> INSURANCE COMPANY	<input type="checkbox"/> NEWSPAPER	<input type="checkbox"/> PHONE BOOK
<input type="checkbox"/> TV/RADIO	<input type="checkbox"/> FRIEND _____	<input type="checkbox"/> WEB SITE	<input type="checkbox"/> OTHER _____

NAMES OF ANYONE IN YOUR FAMILY WE HAVE SEEN

Insurance Information

DO YOU HAVE ORTHODONTIC INSURANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF THE INSURANCE COMPANY	PHONE NUMBER
INSURED'S NAME	BIRTHDATE	<input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/>
EMPLOYER	SOCIAL SECURITY NUMBER — —	

Financial Information

IF ORTHODONTIC TREATMENT IS NEEDED, WE OFFER A CHOICE OF PAYMENT OPTIONS FOR FEES OVER \$300 (PLEASE CHOOSE ONE)

PAYMENT IN FULL (MASTERCARD, VISA, CASH, MONEY ORDER, CHECK) MONTHLY PAYEMENTS-INTEREST FREE INSTALLMENT PAYMENT PLAN

NAME (LAST, FIRST, MI) OF PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT	<input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/> STEPMOTHER <input type="checkbox"/>	SOCIAL SECURITY NUMBER — —
ADDRESS	HOME PHONE	
CITY	STATE	ZIP CODE
EMPLOYER	HOW LONG	POSITION
		WORK PHONE

Medical Information

MEDICAL DOCTOR	DATE OF LAST EXAM
IS CHILD UNDER A DOCTOR'S CARE NOW? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FOR WHAT REASON?
HAS CHILD BEEN HOSPITALIZED IN THE LAST 5 YEARS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FOR WHAT REASON?
IS CHILD ALLERGIC TO ANY MEDICATION? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, PLEASE LIST
IS CHILD TAKING ANY MEDICATION? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, PLEASE LIST

HAS CHILD EVER HAD:	YES	NO	IS CHILD ALLERGIC TO:	YES	NO
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Local anesthetic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex (rubber gloves)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis or HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metals (i.e., Earrings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has patient ever taken any diet medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormal heart condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Abnormal bleeding from a cut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Abnormal blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

COMMENTS

Parent/Guardian Signature _____

Doctor's Signature _____



ORTHODONTICS

Exclusively

David R. Heald, D.M.D. • Yolanda C. Kieser, D.M.D.

Lauren E. Widmer, D.D.S., M.S.

Neal P. Singh, D.M.D., M.S. • Krystal Gage, D.M.D., M.S.

Info@Orthodontics-Exclusively.com | 239-936-2175

Office Locations: Ft. Myers, Cape Coral & Lehigh Acres

NiceSmiles.com

DATE OF EXAM:

Patient's Information

NAME(LAST, FIRST, MI)		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	BIRTHDATE	SOCIAL SECURITY NUMBER ____
BILLING ADDRESS		GRADE	HOME PHONE	
CITY		STATE		ZIP
E-MAIL	CELL PHONE	CELL PHONE PROVIDER		WORK PHONE

Spouse's Information

NAME(LAST, FIRST, MI)		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	BIRTHDATE	SOCIAL SECURITY NUMBER ____
BILLING ADDRESS		GRADE	HOME PHONE	
CITY		STATE		ZIP
E-MAIL	CELL PHONE	CELL PHONE PROVIDER		WORK PHONE

Dental History

GENERAL DENTIST	DATE OF LAST EXAM
-----------------	-------------------

	YES	NO	COMMENTS:
Does child maintain 6 month dental check-ups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Do child's gums bleed while brushing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Does child clench or grind their teeth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Has your dentist suggested an orthodontic consultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Has your child had an orthodontic consultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Has your child had any orthodontic treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HOW DID YOU HEAR OF OUR OFFICE?

<input type="checkbox"/> DENTIST	<input type="checkbox"/> INSURANCE COMPANY	<input type="checkbox"/> NEWSPAPER	<input type="checkbox"/> PHONE BOOK
<input type="checkbox"/> TV/RADIO	<input type="checkbox"/> FRIEND _____	<input type="checkbox"/> WEB SITE	<input type="checkbox"/> OTHER _____

NAMES OF ANYONE IN YOUR FAMILY WE HAVE SEEN

Insurance Information

DO YOU HAVE ORTHODONTIC INSURANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF THE INSURANCE COMPANY	PHONE NUMBER
INSURED'S NAME	BIRTHDATE	<input type="checkbox"/> SELF <input type="checkbox"/> SPOUSE <input type="checkbox"/>
		SOCIAL SECURITY NUMBER ____

Financial Information

NAME (LAST, FIRST, MI) OF PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT		<input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/> STEPMOTHER <input type="checkbox"/>	SOCIAL SECURITY NUMBER ____ _
ADDRESS		HOME PHONE	
CITY		STATE	ZIP CODE
EMPLOYER	HOW LONG	POSITION	WORK PHONE

Medical Information

MEDICAL DOCTOR	DATE OF LAST EXAM
ARE YOU UNDER A DOCTOR'S CARE NOW? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FOR WHAT REASON?
HAVE YOU BEEN HOSPITALIZED IN THE LAST 5 YEARS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FOR WHAT REASON?
ARE YOU ALLERGIC TO ANY MEDICATION? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, PLEASE LIST
ARE YOU TAKING ANY MEDICATION? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, PLEASE LIST

HAVE YOU EVER HAD:	YES	NO	ARE YOU ALLERGIC TO:	YES	NO
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Local anesthetic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex (rubber gloves)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis or HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metals (i.e., Earrings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has patient ever taken any diet medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormal heart condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Abnormal bleeding from a cut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Abnormal blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

COMMENTS

Patient Signature _____

Doctor's Signature _____



**Orthodontics
Exclusively**

David R. Heald, D.M.D. • Yolanda C. Kieser, D.M.D.
Lauren E. Widmer, D.D.S., M.S. • Neal P. Singh, D.M.D., M.S.
Krystal Gage, D.M.D., M.S.

Info@Orthodontics-Exclusively.com | 239-936-2175
Ubicaciones de las oficinas: Ft. Myers, Cape Coral & Lehigh Acres

NiceSmiles.com

FECHA DEL EXAMEN:

Información del paciente

APELLIDO, NOMBRE (ÚLTIMA, PRIMERA)	<input type="checkbox"/> MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
	<input type="checkbox"/> FEMENINA		— —

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓBIL	COMPAÑÍA DE TELEFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO
--------------------	----------------	------------------------------	----------------------

Información del Cónyuge

APELLIDO, NOMBRE (ÚLTIMA, PRIMERA)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
		— —

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓBIL	COMPAÑÍA DE TELEFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO
--------------------	----------------	------------------------------	----------------------

Historia Dental

DENTISTA GENERAL	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMÉN
------------------	-------------------------

	SÍ	NO
Mantienes controles dentales cada 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sangran las encías mientras te cepillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su dentista le ha sugerido una consulta de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez has tenido una consulta de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez has tenido algún tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMENTARIOS:

CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA?

<input type="checkbox"/> DENTISTA	<input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS	<input type="checkbox"/> REDES SOCIALES
<input type="checkbox"/> AMIGO _____	<input type="checkbox"/> SITIO WEB	<input type="checkbox"/> OTRO _____

NOMBRES DE ALGÚN FAMILIAR QUE NAYAMOS ATENDIDO

Información del seguro

TIENES SEGURO DE ORTODONCIA?	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE TELÉFONO
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

NOMBRE DEL ASEGURADO	<input type="checkbox"/> INTERESADO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> _____	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
----------------------	---	-------------------------

Información Financiera

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE) DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

INTERESADO
 CÓNYUGE

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE CORREO

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

EMPLEO

CUÁNTO TIEMPO

POSICIÓN

TELÉFONO DEL TRABAJO

Información Médica

MEDICO

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN

ESTÁ USTED BAJO CUIDADO MÉDICO AHORA?

SÍ NO

POR QUÉ RAZÓN?

HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

SÍ NO

POR QUÉ RAZÓN?

ERES ALÉRGICA A ALGÚN MEDICAMENTO?

SÍ NO

SÍ ES ASÍ, POR FAVOR ENUMERE

ESTÁS TOMANDO ALGUNA MEDICACIÓN?

SÍ NO

SÍ ES ASÍ, POR FAVOR ENUMERE

ALGUNAS VEZ HA PADECIDO DE?:

- ANEMIA
- EPILEPSIA
- VIH/SIDA
- CONDICIÓN CARDÍACA ANORMAL
- PRESIÓN ARTERIAL ANORMAL
- OSTEOPOROSIS / OSTEOPENIA
- ENFERMEDAD PERIODONTAL
- OTRA
- DIABETES
- HEPATITIS
- FIEBRE REUMÁTICA
- SANGRADO ANORMAL DEBIDO A UNA CORTADA
- ANGIODEMA HEREDITARIO
- CÁNCER CON QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

ES ALÉRGICO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?:

- PENICILINA
- LÁTEX (P. EJ., GUANTES DE HULE, ELÁSTICOS)
- SENSIBILIDAD A METALES (P. EJ., ARETES)
- SENSIBILIDAD A PLÁSTICOS
- EL PACIENTE SE HA SOMETIDO A CUALQUIER MEDICACIÓN DE DIETA?
- EL PACIENTE SE HA ADMINISTRADO ALGUNA VEZ CUALQUIER BISFOSFONATE (PARA OSTEOPOROSIS O QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA)?
- NO CONOCE NINGUNA ALERGIA
- OTRAS

COMENTARIOS

Firma del Paciente _____

Firma del Médico _____



**Orthodontics
Exclusively**

David R. Heald, D.M.D. • Yolanda C. Kieser, D.M.D.
Lauren E. Widmer, D.D.S., M.S. • Neal P. Singh, D.M.D., M.S.
Krystal Gage, D.M.D., M.S.

Info@Orthodontics-Exclusively.com | 239•936•2175
Ubicaciones de las oficinas: Ft. Myers, Cape Coral & Lehigh Acres

NiceSmiles.com

FECHA DEL EXAMEN:

Información del Niño

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)	<input type="checkbox"/> MASCULINO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
	<input type="checkbox"/> FEMENINA		
ESCUELA	GRADO	AFICIONES	

EL NIÑO VIVE CON (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

MADRE
 MADRASTRA
 ABUELA
 GUARDIÁN
 PADRE
 PADRASTRO
 ABUELO

Padre 1 / Guardián legal 1

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> MADRE / MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> OTRO _____	NUMERO DE SEGURO SOCIAL ____
DIRECCIÓN DE CORREO		TELÉFONO DE CASA	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL	COMPANÍA DE TELEFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO

Padre 2 / Guardián legal 2

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> PADRE / PADRASTRO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> OTRO _____	NUMERO DE SEGURO SOCIAL ____
DIRECCIÓN DE CORREO		TELÉFONO DE CASA	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL	PROVEEDOR DE TELEFONÍA CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO

Historia Dental

DENTISTA INFANTIL	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN
-------------------	-------------------------

	SÍ	NO	COMENTARIOS:
El niño mantiene controles dentales cada 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Las encías del niño sangran mientras se cepilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
El niño aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Su dentista le ha sugerido una consulta de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Su hijo ha tenido una consulta de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Su hijo ha tenido algún tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA?

DENTISTA
 COMPAÑÍA DE SEGUROS
 REDES SOCIALES
 AMIGO _____
 SITIO WEB
 OTRO _____

NOMBRES DE CUALQUIER PERSONA DE SU FAMILIA QUE HAYAMOS VISTO

Información del Seguro

TIENES SEGURO DE ORTODONCIA? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> _____
EMPLEADOR		NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Información Financiera

SI SE NECESITA TRATAMIENTO DE ORTODONCIA, OFRECEMOS UNA VARIEDAD DE OPCIONES DE PAGO PARA TARIFAS SUPERIORES A \$375 (ELIJA UNA)
 PAGO TOTAL (MASTERCARD, VISA, EFECTIVO, GIRO POSTAL, CHEQUE) PAGOS MENSUALES - PLAN DE PAGO A PLAZOS SIN INTERESES

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, NOMBRE) DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO	<input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> _____	NUMERO DE SEGURO SOCIAL ____	
DIRECCIÓN DE ENVIO	TELÉFONO DE CASA		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
EMPLEADOR	CUÁNTO TIEMPO	POSICIÓN	TELÉFONO DEL TRABAJO

Información Médica

MEDICAL DOCTOR	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN
ESTÁ EL NIÑO BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	POR QUÉ RAZÓN?
HA SIDO HOSPITALIZADO EL NIÑO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	POR QUÉ RAZÓN?
EL NIÑO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ, POR FAVOR ENUMERE
EL NIÑO ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ, POR FAVOR ENUMERE

ALGUNAS VEZ HA PADECIDO DE?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> CONDICIÓN CARDÍACA ANORMAL | <input type="checkbox"/> SANGRADO ANORMAL DEBIDO A UNA CORTADA |
| <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ANORMAL | <input type="checkbox"/> ANGIOEDEMA HEREDITARIO |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PERIODOTAL | <input type="checkbox"/> CÁNCER CON QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA |
| <input type="checkbox"/> OTRA | <input type="checkbox"/> NINGUNA DE LAS ANTERIORES |

ES ALÉRGICO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> PENICILINA |
| <input type="checkbox"/> LÁTEX (P. EJ., GUANTES DE HULE, ELÁSTICOS) |
| <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD A METALES (P. EJ., ARETES) |
| <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD A PLÁSTICOS |
| <input type="checkbox"/> EL PACIENTE SE HA SOMETIDO A CUALQUIER MEDICACIÓN DE DIETA? |
| <input type="checkbox"/> EL PACIENTE SE HA ADMINISTRADO ALGUNA VEZ CUALQUIER BISFOSFONATE (PARA OSTEOPOROSIS O QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA)? |
| <input type="checkbox"/> NO CONOCE NINGUNA ALERGIA |
| <input type="checkbox"/> OTRAS |

COMENTARIOS

Firma del Padre / Tutor _____

Firma del Médico _____