

HISTORIA MEDICA DENTAL PEDIATRICA E INFORMACION DE LOS PADRES

NOMBRE DEL PACIENTE _____ APODO _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 Nº DE SEGURO SOCIAL PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA.
 FECHA ____/____/____ SEXO _____ RAZA _____ ESCUELA _____ AÑO ESCOLAR _____
 PADRES o TUTOR RESPONSABLE _____ Tel: (Res) _____ (Trabajo) _____
 DIRECCION _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
 NOMBRE DEL PEDIATRA DEL NIÑO (A) _____ TELEFONO _____ UL TIMA VISITA _____
 RAZON PARA VER AL DENTISA AHORA? _____

AUTORIZACION Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

1. Su hijo (a) califica para asistencia financiera local/estatal? (Medical/SSI/CCD) Si No
2. Si la familia no vive junta, quien es responsable del niño (a)? _____
3. El pago se requiere a la hora de la consulta _____ (iniciales).

HISTORIA MEDICA

1. Si No Su hijo (a) esta bajo tratamiento de un Doctor ahora?
2. Si No Su hijo (a) ha sido hospitalizado alguna vez?
3. Si No Su hijo (a) a sido atendido en el cuarto de emergencias?
4. Si No Su hijo (a) ha recibido anestesia total alguna vez?
5. Si No Su hijo (a) tiene alguna alergia a medicamentos como la penicilina, aspirina, etc. o algunos alimentos?
Si su respuesta es si, a que? _____
6. Si No Esta tomando alguna medicina ahora? Si su respuesta es si, que? _____
7. Si No Ha recibido transfusiones de sangre o productos de la sangre alguna vez?
8. Si No Tiene historia de enfermedad familiar o hereditaria?
9. Si No Su hijo (a) esta al dia en sus vacunas?

ORGANOS Y SISTEMAS

Este niño (a) ha estado bajo tratamiento con alguna de las siguientes condiciones? Marque SI o NO.:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Varicela | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento de Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Labio Leporino | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis A/B | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Rehumatica |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Convulsiones/Ataques | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ictericia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento de Cortisona | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Leucemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la Sangre (Hoz) |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Corazón Artificial Valvula | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sarampion | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del Habla |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Perturbación Emocional | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Retraso Mental | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Síndrome _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Autismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fuegos en la Boca | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Defectos de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de los Ojos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Paperas | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de los huesos/Articulaciones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangrado Exesivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Murmullos en el Corazón _____ (Nombre) | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cirugia del Cerebro | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Deficiencia Nutricional | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tetano |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cancer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Perdida del Qido | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas Ortopedicos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pulmonia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No El Sida |
| | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cirugia del Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Polio | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pulmonia |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Polio |

Si su niño (a) tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esta incluido en la lista, describa aquí:

SISTEMAS ORGANICOS

- | | | | | | | | |
|---|------------------------------|---|-------------------|---|------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Circulatorios -Sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sistema digestivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Pulmones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Anginas/Adenoide: |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Huesos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Riñones - Vejiga | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Musculos | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glandulas Endocrinas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sistema Nervioso | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ojos, Oidos, Nariz, Garganta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Higado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Piel | | |

HISTORIA DENTAL

- Si No 1. Su niño (a) ha visto algun dentista antes? Nombre del dentista _____
- Si No 2. Se le dio pecho al niño(a)? Si la respuesta es si, por cuanto tiempo? _____
- Si No 3. El niño (a) uso botella o tetera de leche? Si la respuesta es si, por cuanto tiempo? _____
- Si No 4. Se dormia con la botella? Con que? Leche Jugo Otro _____
- Si No 5. Su niño (a) come entre comidas?
- Si No 6. Su niño (a) come dulces frecuentemente?
- Si No 7. Podra usted cambiar la dieta del niño (a) si se le recomendara?
- No 8. De cual agua toma su hijo (a)?
Agua de llave? Si No Agua de noria? Si No Agua de garrafon (bottella)? Si No
- No 9. Su hijo (a) toma:
Fluoride Tablets? Si No Tableta de fluoruro? Si No Enjuage o gelatina de fluoruro?
 Si No Vitaminas de fluoruro? Si No Pasta de dientes con fluoruro?
- No 10. Su Niño (a) se cepilla los dientes? al levantarse? al acostarse? despues de comidas?
- No 11. Cuantas veces al dia se cepilla los dientes su niño (a)? _____
- Si No 12. Tiene supervision mientras se cepilla?
- Si No 13. Se limpia con el hilo sus dientes?
- Si No 14. Se ha lastimado los dientes en el pasado? Cuantos años tenia? _____
Cuales dientes y/o area de la boca se lastimo? _____
- Si No 15. Tiene su niño (a) cualquiera de los siguientes habitos?
 Si No Chuparse lod dedos?
 Si No Tronido/dolor de la quijada?
 Si No Morderse los cachefes?
 Si No Rechinamiento/apretamiento de los dientes?
- Si No 16. Usa usted los cinturones de seguridad o asiento de seguridad para niños en su automovil?
Como cree que va a reaccionar su niño (a) en la silla del dentista?
 Muy Bien Moderadamente Bien Muy Mal

YO ASEGURO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERDADERAS Y CORRECTAS HASTA DONDE ALCANZA MI CONOCIMIENTO. SI MI NIÑO (A) TIENE CUALQUIER CAMBIO EN SU SALUD O MEDICAMENTOS, YO INFORMARE AL DENTISTA EN LA PROXIMA CITA SIN FALTA.

FECHA

x _____
FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR