

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental



American Dental Association
www.ada.org

Nombre del Paciente ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL		Apellido	Fecha de Nacimiento																																										
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente																																											
Dirección DIRECCIÓN POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL																																													
Teléfono Casa Trabajo		Sexo ☐ M ☐ F ☐																																											
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? ☐ Sí ☐ No 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre? Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.																																													
Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue? <table border="0"> <tr> <td>☐ Anemia</td> <td>☐ Cáncer</td> <td>☐ Epilepsia</td> <td>☐ VIH +/-SIDA</td> <td>☐ Mononucleosis</td> <td>☐ Tiroides</td> </tr> <tr> <td>☐ Artritis</td> <td>☐ Parálisis Cerebral</td> <td>☐ Desmayos</td> <td>☐ Inmunizaciones (Vacunas)</td> <td>☐ Paperas (parotiditis)</td> <td>☐ ADHD / TDAH</td> </tr> <tr> <td>☐ Asma</td> <td>☐ Varicela</td> <td>☐ Alteraciones del crecimiento</td> <td>☐ Riñones</td> <td>☐ Autismo</td> <td>☐ Tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>☐ Vejiga</td> <td>☐ Sinusitis Crónica</td> <td>☐ Oído</td> <td>☐ Alergia al látex</td> <td>☐ Fiebre reumática</td> <td>☐ MRSA / SARM</td> </tr> <tr> <td>☐ Alteraciones Hemorrágicas</td> <td>☐ Diabetes</td> <td>☐ Corazón/Soplos Cardíacos</td> <td>☐ Hígado</td> <td>☐ Ataques epilépticos</td> <td>☐ Otras _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Huesos/Articulaciones</td> <td>☐ Dolor de oídos</td> <td>☐ Sarampión</td> <td>☐ Sarampión</td> <td>☐ Anemia drepanocítica (drepanocitosis)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ Hepatitis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				☐ Anemia	☐ Cáncer	☐ Epilepsia	☐ VIH +/-SIDA	☐ Mononucleosis	☐ Tiroides	☐ Artritis	☐ Parálisis Cerebral	☐ Desmayos	☐ Inmunizaciones (Vacunas)	☐ Paperas (parotiditis)	☐ ADHD / TDAH	☐ Asma	☐ Varicela	☐ Alteraciones del crecimiento	☐ Riñones	☐ Autismo	☐ Tuberculosis	☐ Vejiga	☐ Sinusitis Crónica	☐ Oído	☐ Alergia al látex	☐ Fiebre reumática	☐ MRSA / SARM	☐ Alteraciones Hemorrágicas	☐ Diabetes	☐ Corazón/Soplos Cardíacos	☐ Hígado	☐ Ataques epilépticos	☐ Otras _____	☐ Huesos/Articulaciones	☐ Dolor de oídos	☐ Sarampión	☐ Sarampión	☐ Anemia drepanocítica (drepanocitosis)			☐ Hepatitis				
☐ Anemia	☐ Cáncer	☐ Epilepsia	☐ VIH +/-SIDA	☐ Mononucleosis	☐ Tiroides																																								
☐ Artritis	☐ Parálisis Cerebral	☐ Desmayos	☐ Inmunizaciones (Vacunas)	☐ Paperas (parotiditis)	☐ ADHD / TDAH																																								
☐ Asma	☐ Varicela	☐ Alteraciones del crecimiento	☐ Riñones	☐ Autismo	☐ Tuberculosis																																								
☐ Vejiga	☐ Sinusitis Crónica	☐ Oído	☐ Alergia al látex	☐ Fiebre reumática	☐ MRSA / SARM																																								
☐ Alteraciones Hemorrágicas	☐ Diabetes	☐ Corazón/Soplos Cardíacos	☐ Hígado	☐ Ataques epilépticos	☐ Otras _____																																								
☐ Huesos/Articulaciones	☐ Dolor de oídos	☐ Sarampión	☐ Sarampión	☐ Anemia drepanocítica (drepanocitosis)																																									
	☐ Hepatitis																																												
Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Nombre del Médico _____ Teléfono _____																																													

Historia del Niño

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____ Si es así, por favor haga una lista: _____	1. ☐	☐
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	2. ☐	☐
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	3. ☐	☐
4. Circule cual de lo siguiente su niño/a come: Dulce Refresco Mastica chicle Leche con chocolate o fresa Bebida de deporte		
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	5. ☐	☐
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez?	6. ☐	☐
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	7. ☐	☐
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general?	8. ☐	☐
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria?	9. ☐	☐
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla?.....	10. ☐	☐
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?.....	11. ☐	☐
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional?	12. ☐	☐
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta?	13. ☐	☐
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente?	14. ☐	☐
15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	15. ☐	☐
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado?	16. ☐	☐
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez?	17. ☐	☐
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes?	18. ☐	☐
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes?	19. ☐	☐
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?.....	20. ☐	☐
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? ☐ Agua doméstica ☐ Agua de pozo ☐ Agua embotellada ☐ Agua filtrada		
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados?	22. ☐	☐
23. ¿Usa dentífricos fluorados?	23. ☐	☐
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	24. ☐	☐
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete?	25. ☐	☐
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____		
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas?	27. ☐	☐

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Padre / Madre / Apoderado _____ Fecha _____

Si contesto si a alguna pregunta de arriba, favor de proveer detalles adicionales aquí.

Comentarios _____

Sólo Para Uso de la Oficina: ☐ Alerta Médica ☐ Premedicación ☐ Alergias ☐ Anestesia Revisado por _____

Fecha _____