

Salud del Niño / Formulario de Historia Dental



Correo electrónico:	La fecha de hoy:
---------------------	------------------

Nombre: <i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>2do Nombre</i>	Fecha de nacimiento	
Nombre del Padre o Madre/Tutor: <i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>2do Nombre</i>	Relación con el paciente:	
Teléfono de casa#:	Teléfono Celular#:	Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección: <i>Dirección de Casa</i>	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Nombre del Médico:	Teléfono del Médico #:			

Ha tenido el niño alguna historia, o condiciones relacionadas con cualquiera de las siguientes: Por favor, marque (X) su respuesta.

<input type="checkbox"/> 1. Anemia	<input type="checkbox"/> 10. Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> 19. VIH+ / SIDA	<input type="checkbox"/> 28. Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> 2. Artritis	<input type="checkbox"/> 11. Diabetes	<input type="checkbox"/> 20. Vacunas	<input type="checkbox"/> 29. Convulsiones
<input type="checkbox"/> 3. Asma	<input type="checkbox"/> 12. Dolores de oído	<input type="checkbox"/> 21. Riñón	<input type="checkbox"/> 30. Sickle celular
<input type="checkbox"/> 4. La vejiga	<input type="checkbox"/> 13. Epilepsia	<input type="checkbox"/> 22. Alergia al látex	<input type="checkbox"/> 31. La tiroides
<input type="checkbox"/> 5. Trastornos de la coagulación	<input type="checkbox"/> 14. Desmayos	<input type="checkbox"/> 23. Hígado	<input type="checkbox"/> 32. Tabaco, consumo de drogas
<input type="checkbox"/> 6. Huesos / Articulaciones	<input type="checkbox"/> 15. Problemas de Crecimiento	<input type="checkbox"/> 24. El sarampión	<input type="checkbox"/> 33. Tuberculosis
<input type="checkbox"/> 7. Cáncer	<input type="checkbox"/> 16. Audiencia	<input type="checkbox"/> 25. Mononucleosis	<input type="checkbox"/> 34. Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> 8. Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> 17. Corazón	<input type="checkbox"/> 26. Paperas	<input type="checkbox"/> 35. Otros:
<input type="checkbox"/> 9. Varicela	<input type="checkbox"/> 18. Hepatitis	<input type="checkbox"/> 27. Embarazo (adolescentes)	

Historia del Niño

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando cualquier prescripción o medicamentos de venta libre o suplementos de vitamina en este momento? ----- If yes, please list: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es el niño alérgico a algún medicamento, es decir, la penicilina, los antibióticos u otras drogas? si es así, por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a cualquier otra cosa, como ciertos alimentos? En caso afirmativo, por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo describiría los hábitos alimenticios del niño? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El niño ha tenido alguna vez una enfermedad grave? En caso afirmativo, cuando: _____ Por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El niño ha sido hospitalizado alguna vez? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño tiene antecedentes de otras enfermedades? En caso afirmativo, indique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño ha recibido alguna vez un anestésico general? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El niño tiene algún problema hereditario? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿El niño tiene dificultades del habla? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿El niño ha tenido alguna vez una transfusión de sangre? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es el niño física, mental o emocionalmente afectado? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se experiencia sangrado excesivo cuando el niño se corta? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento para alguna enfermedad? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es esta la primera visita del niño a un dentista? Si no es así, ¿Cual fue la fecha de la última visita al dentista? Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido algún problema con el tratamiento dental en el pasado? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿El niño ha tenido alguna vez radiografías dentales (rayos X) expuestas? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿El niño ha sufrido alguna vez lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido algún problema con la erupción o desprendimiento de los dientes? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia (refuerzo)? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué tipo de agua que bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua de la ciudad <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿El niño toma suplementos de fluoruro? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Se utiliza pasta dental con fluoruro? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes del niño por día? _____ ¿Cuándo se cepilla los dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿El niño se chupa su pulgar, los dedos o un chupón? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad el niño dejo el biberón? Edad: _____ ¿La lactancia materna? Edad: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿El niño participa activamente en las actividades recreativas? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yo certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, en su caso, sobre las preguntas de este formulario han sido contestadas a mi satisfacción. No voy a mantener mi dentista, o cualquier otro miembro de su personal, responsable de cualquier acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma del Padre / madre / tutor : _____ Fecha: _____

Sólo para uso de la oficina : Medical Alert Premedication Allergies Anesthesia Dentist initial: _____