

Historial dental

Historial médico

¿Por qué trajo al niño al dentista hoy? _____

¿Ha tomado el niño alguna vez píldoras dietéticas tales como Phen-Fen?
(También conocida como Redux o Pondimin.) Sí No

Si responde que sí, ¿cuándo? _____

Actualmente, ¿tiene dolor el niño? Sí No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Toma el niño agua fluorada? Sí No

¿Ha recibido el niño suplementos de flúor? Sí No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)? Sí No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? Sí No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente? Sí No

Médico del niño: _____

Tel.: _____ Fecha de la última visita: _____

Actualmente, ¿está el niño bajo atención médica? Sí No

Por favor, describa la salud física de su hijo/a:
 Buena Regular Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando:

Haga una lista de todas las medicinas/cosas a las que el niño es alérgico/a:

¿Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| Si No Sangrado anormal | Si No Soplo del corazón |
| Si No ADD/ADHD | Si No Hemofilia |
| Si No SIDA/VIH + | Si No Hepatitis |
| Si No Anemia | Si No Alta presión |
| Si No Hospitalización/Operaciones | Si No Ronchas |
| Si No Huesos/coyunturas/válvulas artificiales | Si No Problemas con los riñones |
| Si No Asma | Si No Problemas del hígado |
| Si No Cáncer | Si No Baja presión |
| Si No Varicelas | Si No Poperas |
| Si No Defecto congénito del corazón | Si No Prolapsia de la válvula mitral |
| Si No Convulsiones | Si No Mononucleosis |
| Si No Diabetes | Si No Prótesis |
| Si No Epilepsia | Si No Fiebre reumática |
| Si No Exposición al VIH, pero Neg. | Si No Fiebre escarlata |
| Si No Discapacitación/Minusvalía | Si No Sarpullido |
| Si No Problemas de audición | Si No Tuberculosis (TB) |

¿Tiene el niño todas sus vacunas al día? Sí No

¿Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor? Sí No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave que su hijo/a tenga/haya tenido:

¿El niño tiene/ha tenido alguno/s de los siguientes hábitos?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Si No Chuparse/morderse los labios | Si No Tomar en botella |
| Si No Morderse los uñas | Si No Chuparse el dedo |
| Si No Mordisquear objetos | Si No Morderse la lengua/las mejillas |
| Si No Respirar por la boca | Si No Problemas del habla |
| Si No Apretar/rechinar los dientes | Si No Empujar la lengua |
| Si No Usar chupón | Si No Tomar pecho |

Nuestra oficina se compromete a cumplir a cabalidad con los estándares de control de infecciones ordenados por OSHA, el CDC y la ADA

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre or guardián

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado:

Firma del dentista

Fecha

Comentarios del dentista: _____

Actualización del historial médico

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha