

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental



American Dental Association
www.ada.org

Nombre del Paciente <small>ULTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL</small>		Apellido	Fecha de Nacimiento		
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente			
Dirección		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
Teléfono <small>Casa Trabajo</small>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?					
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas)	<input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia)
<input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas
	<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Alergia al látex		<input type="checkbox"/> Tuberculosis
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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usa dentífricos fluorados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Paciente/ Apoderado _____ Fecha _____

A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios _____

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