

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental



American Dental Association
www.ada.org

Nombre del Paciente <small>ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL</small>		Apellido	Fecha de Nacimiento	
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente		
Dirección				
<small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		<small>CIUDAD</small>	<small>ESTADO</small>	<small>CÓDIGO POSTAL</small>
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"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas) <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia) <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento <input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Alergia al látex <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos <input type="checkbox"/> Otras _____ <input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis) <input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA <input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis) <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas				
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. <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: _____	2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____	
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez?	6. <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: _____	7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general?	8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria?	9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla?.....	10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?.....	11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional?	12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta?	13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente?	14. <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: _____	15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado?	16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez?	17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes?	18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes?	19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?.....	20. <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	
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados?	22. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. ¿Usa dentífricos fluorados?	23. <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? _____	24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete?	25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____	
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas energéticas?	27. <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 _____