

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? 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?

- | | | | | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <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: _____ | 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 enérgicas? | 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 _____