



## Historia Medica & Dental

Edad 0- 12

Nombre & Apellido del niño(a): \_\_\_\_\_ Apodo, si tiene alguno: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Lenguaje principal de el niño(a): \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

### Salud Dental

Propósito de la visita? \_\_\_\_\_

¿Esta su niño (a) recibiendo cuidado dental de rutina ?  Si  No

¿ A tenido el niño(a) alguna experiencia desagradable con el dentista?  Si  No

¿Alguna lesión de la boca, cabeza o dientes?  Si  No

¿Algún habito como chuparse el dedo, respirar por la boca, y/o morderse las uñas?  Si  No

Actitud hacia el dentista :  Normal  Tímido  Aprensivo  Asustado

¿Su hijo(a) se cepilla los dientes diariamente ?  Si  No ¿Cuantas veces al Día? \_\_\_\_\_

¿Usted le ayuda a cepillarse los dientes?  Si  No

¿Usa el Niño el hilo dental?  Si  No

Los dientes del niño(a) son sensibles a:  Caliente  Frio  Dulce  Presión

### Salud Medica

¿El niño(a) esta bajo el cuidado medico actualmente?  Si  No Explique la razón en caso afirmativo,

¿Esta el niño(a) tomando algún medicamento actualmente?  Si  No Si su respuesta es "si" enlistar los medicamentos

¿El niño(a) ha tenido alguna hospitalización y/o cirugía?  Si  No en caso afirmativo explique la razón y fecha

¿las vacunas de el niño están al día?  Si  No

¿A tenido el niño alguna transfusión de sangre?  Si  No Si la respuesta es afirmativa, porfavor explique la razón y fecha

Ah tenido alguna alergia/sensibilidad y/o reacción adversa a las drogas o medicamentos (penicilina, anestecia, etc.)?

Tiene alergias a algunas sustancias, como látex, níquel, Yodo, metal etc.? \_\_\_\_\_

**Su Hijo(a) tiene y/o a tenido algunas de las siguientes condiciones:**

	Si	No		Si	No		Si	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condiciones del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos Congenitos de el Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Del Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad/Handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad/Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de la Audicion/Deterioro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro_____		

Entiendo la necesidad de que las preguntas sean contestadas con la verdad. A lo mejor de mi conocimiento, las respuestas que e dado son exactas

También entiendo que es muy importante informar al dentista de cualquier cambio en mi estado medico o dental lo mas pronto posible,

y estoy de acuerdo de hacerlo. He dado permiso al dentista para obtener de mi medico cualquier información adicional con respecto a la historia medica y/o dental de mi hijo(a) que sea necesario para proveer el mejor tratamiento dental posible.

Firma de el Padre o tutor legal : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_