

HISTORIA DENTAL DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Nombre del paciente _____ (Apellido) _____ Fecha de Nacimiento _____
 Vista de Emergencia? Si _____ No _____ Primera vista al dentista? Si _____ No _____
 Nombre de su dentista anterior _____ Ciudad _____
 Alguien en su familia ha sido nuestro paciente anteriormente? Si _____ No _____
 Nombre(s) _____
 Tiene el paciente algún problema dental actualmente? Explique _____
 Ha tenido el paciente alguna mala experiencia dental? Explique _____
 A quien podemos agradecer por recomendarle nuestra atención dental?
 Nombre _____ Dirección _____

Doy plena autorización para que se efectúen los procedimientos de diagnóstico dental rutinarios en mi hijo/a. De aceptar el tratamiento que se recomiende, también autorizaré la utilización de anestesia y sedantes considerados necesarios por el dentista para poder aprovechar la tranquilidad y comodidad del niño/a.

Padre o Apoderado Legal _____ Fecha _____ 19 _____

HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO O ADOLESCENTE

En las siguientes preguntas, por favor marque sus respuestas con un círculo (sí o no). Sus respuestas son requeridas únicamente para nuestros registros y serán consideradas estrictamente confidenciales.

- | | | | | |
|--|--|----|--|----|
| Esta su niño/a en buena salud?..... | | SI | | NO |
| 1. Cuando tuvo su último examen físico?..... | | | | |
| 2. Ha habido algún cambio en la salud del niño/a durante los últimos doce meses?..... | | SI | | NO |
| 3. Esta el niño/a bajo tratamiento médico actualmente? Explique..... | | SI | | NO |
| 4. Nombre y dirección del médico: | | | | |
| 5. Ha tenido el niño/a alguna enfermedad u operación seria? Explique..... | | SI | | NO |
| 6. Ha estado el niño/a hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad en los últimos cinco años?..... | | SI | | NO |
| 7. Ha tenido el niño/a alguna de las siguientes enfermedades o problemas? | | | | |
| a. Fiebre reumática..... | | SI | | NO |
| b. Lesiones congénitas al corazón..... | | SI | | NO |
| c. Enfermedades cardiovasculares (problemas al corazón, ataques, insuficiencia coronaria, presión sanguínea alta, etc.)..... | | SI | | NO |
| (i) Dolor en el pecho después de hacer ejercicio..... | | SI | | NO |
| (ii) Falta de aire luego de hacer poco ejercicio..... | | SI | | NO |
| d. Alergias..... | | SI | | NO |
| e. Problemas de sinusitis..... | | SI | | NO |
| f. Asma..... | | SI | | NO |
| g. Problemas dermatológicos..... | | SI | | NO |
| h. Desmayos o ataques..... | | SI | | NO |
| i. Diabetes..... | | SI | | NO |
| (i) Necesita el niño/a orinar más de seis veces al día?..... | | SI | | NO |
| (ii) Tiene sed en exceso?..... | | SI | | NO |
| (iii) Tiene sequedad bucal frecuentemente?..... | | SI | | NO |
| j. Hepatitis o enfermedades al hígado..... | | SI | | NO |
| k. Artritis..... | | SI | | NO |
| l. Reumatismo inflamatorio..... | | SI | | NO |
| m. Úlceras estomacales..... | | SI | | NO |
| n. Problemas al riñón..... | | SI | | NO |
| o. Tuberculosis..... | | SI | | NO |
| p. Tos continua o con sangre..... | | SI | | NO |
| q. Presión sanguínea baja..... | | SI | | NO |
| r. Enfermedades venéreas..... | | SI | | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| s. Auto Immune Disease Syndrome immune Deficiencia Adquirida | SI | NO |
| t. Otros..... | SI | NO |
| 8. Ha tenido el niño/a alguna eliminación de sangre asociada con emtracciones, operaciones, o traumas previos?..... | SI | NO |
| a. Se moretonea el niño/a con facilidad?..... | SI | NO |
| b. Ha necesitado trasfusión de sangre alguna vez? explique..... | SI | NO |
| 9. Problemas sanguíneos? Anemia?..... | SI | NO |
| 10. Ha tenido el niño/a alguna operación o tratamiento por algún tumor o algo parecido en la boca o labios?..... | SI | NO |
| 11. Esta el niño/a tomando medicinas actualmente? Explique..... | SI | NO |
| 12. Utilice el niño/a alguna de las siguientes medicinas rutinariamente? | | |
| a. Antibióticos o sulfa..... | SI | NO |
| b. Anticoaguladores..... | SI | NO |
| c. Medicina para la presión sanguínea alta..... | SI | NO |
| d. Cortisona..... | SI | NO |
| e. Tranquilizantes..... | SI | NO |
| f. Antihistamínicos..... | SI | NO |
| g. Aspirina..... | SI | NO |
| h. Insulina..... | SI | NO |
| i. Medicinas/drogas para el corazón..... | SI | NO |
| j. Nitroglicerina..... | SI | NO |
| k. Ritalina..... | SI | NO |
| l. Otro..... | SI | NO |
| 13. Es su hijo (a) alérgico o ha reaccionado fuertemente a: | | |
| a. Anestesia local..... | SI | NO |
| b. Penicilina u otros antibióticos..... | SI | NO |
| c. Sulfa..... | SI | NO |
| d. Barbitúricos, sedantes, tranquilizantes..... | SI | NO |
| e. Aspirina..... | SI | NO |
| f. Lodo..... | SI | NO |
| g. Codena u otro narcótico..... | SI | NO |
| h. Otro..... | SI | NO |
| 14. Hay algún otro punto importante de mención que no se haya indicado con relación al niño/a? Explique..... | SI | NO |
| 15. Exito algún problema especial con el niño/a? Explique..... | SI | NO |

Firma del Paciente/Padre o Apoderado Legal

Fecha _____ 19_____

PATIENT RESUME:

HOSPITALIZATIONS:

SURGERIES:

MEDICATIONS:

ALLERGIES

MEDICAL ALERT:

SEDATION
CLEARANCE:

Firma del Dentista

Fecha _____ , 19_____