

Historial Dental

Anterior/Presente Dentista: _____ Fecha de ultima visita _____

Telefono de dentista: _____

¿Por qué trajo al niño al dentista hoy? _____

¿Ha tomado el niño alguna vez pildoras dietéticas tales como Phen-fen?

(También conocida como Redox o Pondimin) Sí No

Si responde que sí, ¿cuándo? _____

Actualmente, ¿tiene dolor el niño? Sí No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Toma el niño agua fluorada? Sí No

¿Ha recibido el niño suplementos de flúor? Sí No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula? (TMJ/TMD)? Sí No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? Sí No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente? Sí No

Médico del niño: _____

Tel: _____ Fecha de la última visita: _____

Actualmente, ¿está el niño bajo atención médica? Sí No

Por favor, describa la salud física de su hijo/a: Buena Regular Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando: _____

Favor de incluir algún tipo de alergia que su hijo tenga que no se encuentre en esta lista: _____

Sí No Tintes Látex Sí No Tintes Níquel/Metales

Sí No Tintes Plástico

Historial Médico

Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal/Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón: o cualquier otra enfermedad, problema o inquietud del corazón
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH +	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronchas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización/Operaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas con los riñones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos/ coyunturas/ válvulas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del hígado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paperas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión/Trastornos del Humor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlata
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarpullido
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Terapia de supresión inmune	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Discapacitación/ Minusvalía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad Kawasaki
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audición	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis reumatoide	

¿Tiene el niño todas sus vacunas al día? Sí No

¿Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor? Sí No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave que su hijo/a tenga/haya tenido: _____

¿El niño tiene/ha tenido alguna(s) de las siguientes experiencias?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse/morderse los labios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar de Biberón
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse las uñas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse el dedo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mordisquear objetos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse la lengua/las mejillas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rospirar por la boca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apretar/rechinar los dientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empujar la lengua
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usar Chupón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar pecho
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fobia Dental

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar o cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre or guardián

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médico/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado.

Firma del dentista

Fecha

Comentarios del dentista: _____

Actualización del historial médico

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su ultima visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su ultima visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre/guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha

Firma del padre/guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha