Woodburn MODERN DENTAL

# Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental

| Nombre del Paciente (ÚLTIMA INICIAL, PRIMERA INICIAL) | Apodo | Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|
| Nombre del Padre/Madre/Encargado | Parentesco/Relación con el Paciente | |
| Dirección (DIRECCIÓN POSTAL, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) | | |
| Teléfono (Casa, Trabajo) | Sexo M ❑ F ❑ | |

¿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, 4. Corona Virus / Covid 19?
**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?**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ❑ Anemia | ❑ Cáncer | ❑ Desmayos | ❑ Inmunizaciones (Vacunas) | ❑ Embarazo (adolescencia) | ❑ Tuberculosis |
| ❑ Artritis | ❑ Parálisis Cerebral | ❑ Alteraciones del crecimiento | ❑ Riñones | ❑ Fiebre reumática | ❑ Enfermedades venéreas |
| ❑ Asma | ❑ Varicela | | ❑ Alergia al látex | ❑ Ataques epilépticos | ❑ Otras _____ |
| ❑ Vejiga | ❑ Sinusitis Crónica | ❑ Oído | ❑ Hígado | ❑ Anemia drepanocítica (drepanocitosis) | |
| ❑ Alteraciones Hemorrágicas | ❑ Diabetes | ❑ Corazón | ❑ Sarampión | | |
| | ❑ Dolor de oídos | ❑ Hepatitis | ❑ Mononucleosis | ❑ Tiroides | |
| ❑ Huesos/Articulaciones | ❑ Epilepsia | ❑ VIH +/SIDA | ❑ Paperas (parotiditis) | ❑ 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: _____ | ❑ | ❑ |
| 2. | ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____ | ❑ | ❑ |
| 3. | ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____ | ❑ | ❑ |
| 4. | Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____ | | |
| 5. | ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Descríbala por favor: _____ | ❑ | ❑ |
| 6. | ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? | ❑ | ❑ |
| 7. | ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____ | ❑ | ❑ |
| 8. | ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? | ❑ | ❑ |
| 9. | ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? | ❑ | ❑ |
| 10. | ¿Tiene el niño algún defecto del habla? | ❑ | ❑ |
| 11. | ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea? | ❑ | ❑ |
| 12. | ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? | ❑ | ❑ |
| 13. | ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? | ❑ | ❑ |
| 14. | ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? | ❑ | ❑ |
| 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: _____ | ❑ | ❑ |
| 16. | ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? | ❑ | ❑ |
| 17. | ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? | ❑ | ❑ |
| 18. | ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? | ❑ | ❑ |
| 19. | ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? | ❑ | ❑ |
| 20. | ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? | ❑ | ❑ |
| **21.** | **¿Qué tipo de agua bebe su niño? ❑ Agua doméstica ❑ Agua de pozo ❑ Agua embotellada ❑ Agua filtrada** | | |
| **22.** | **¿Toma el niño suplementos fluorados?** | ❑ | ❑ |
| **23.** | **¿Usa dentífricos fluorados?** | ❑ | ❑ |
| 24. | ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____ | ❑ | ❑ |
| 25. | ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? | ❑ | ❑ |
| 26. | ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad | | |
| 27. | ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas? | ❑ | ❑ |

**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 _____