



# Niños menores de 12 años Historial médico y dental

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (nombre / número de teléfono) \_\_\_\_\_

## Historial médico

1. ¿Tiene su hijo algún problema de salud actual?.....  Sí  No

Si es así, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

2. ¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico?.....  Sí  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

3. ¿Recibe su hijo algún medicamento recetado, a base de hierbas o de venta libre? .....  Sí  No

Si es así, ¿qué y cuándo? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave? .....  Sí  No

Si es así, ¿qué y cuándo? \_\_\_\_\_

5. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una cirugía o está contemplada la cirugía?.....  Sí  No

Si es así, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo tiene un soplo cardíaco o alguna otra afección cardíaca?.....  Sí  No

7. ¿Su hijo tiene sangrado severo o prolongado?.....  Sí  No

Si es así, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

8. ¿Su hijo tiene SIDA o ha dado positivo en la prueba del VIH?.....  Sí  No

9. ¿Su hijo ha dado positivo en la prueba de hepatitis?.....  Sí  No

10. ¿Su hijo ha tenido antecedentes de trastornos nerviosos?.....  Sí  No

11. ¿Su hijo tiene dolores de cabeza frecuentes? .....  Sí  No

Si es así, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

12. ¿Su hijo es alérgico / sensible a:  Ninguno  Codeína  Penicilina  Anestesia local  Látex

Piñones  Tintes  Otro: \_\_\_\_\_

13. ¿Tiene o ha tenido alguna vez:

AGREGAR / ADHD.....  Sí  No

Asma.....  Sí  No

Autismo.....  Sí  No

Problemas de conducta.....  Sí  No

Cáncer.....  Sí  No

Parálisis cerebral.....  Sí  No

Retraso en el desarroll.....  Sí  No

Diabetes.....  Sí  No

Epilepsia / convulsiones / desmayos....  Sí  No

Trastornos de la alimentación.....  Sí  No

Fiebre del heno / alergias estacionales.  Sí  No

Discapacitados auditivos.....  Sí  No

Hepatitis / ictericia.....  Sí  No

Hospitalizaciones.....  Sí  No

Infección renal.....  Sí  No

Problemas hepáticos.....  Sí  No

Leucemia.....  Sí  No

Lesiones herpéticas bucales.....  Sí  No

Problemas escolares.....  Sí  No

Discapacidades del habla.....  Sí  No

Problemas de tiroides.....  Sí  No

Fiebre reumática.....  Sí  No

¿Tomar premedicación para algo?.....  Sí  No

Si es así, ¿para qué? \_\_\_\_\_



# Niños menores de 12 años Historial médico y dental

## Historia Dental

1. Esta es la primera visita de mi hijo al dentista.....  Sí  No
2. ¿Cuándo se cepilla los dientes su hijo?  
 Al levantarse  Después de cualquier comida  Inmediatamente después de las comidas  Antes de acostarse
3. ¿Controla actualmente la ingesta de azúcar de su hijo en los alimentos, los bocadillos y las bebidas? .....  Sí  No
4. ¿Su hijo recibe flúor en el agua que bebe?.....  Sí  No
5. ¿Recibe su hijo fluoruro suplementario en casa?.....  Sí  No
6. ¿Se ha observado alguna caries en el pasado?.....  Sí  No
7. ¿Su hijo se chupa el pulgar o los dedos?.....  Sí  No
8. ¿Se extrajeron algunos dientes (de leche o permanentes)?.....  Sí  No
9. ¿Se ha recomendado un mantenedor de espacio?.....  Sí  No
10. ¿Se ha colocado un mantenedor de espacio?.....  Sí  No
11. ¿Ha tenido su hijo algún problema con el tratamiento dental en el pasado?.....  Sí  No
12. ¿Alguien de la familia, incluidos los padres, se ha sometido a ortodoncia?.....  Sí  No
13. ¿Ha recibido su hijo alguna vez anestesia local?.....  Sí  No
14. ¿Ha tenido su hijo alguna vez selladores oclusales?.....  Sí  No  
¿Si es así, cuándo? \_\_\_\_\_
15. ¿Cree su hijo que hay algún problema con sus dientes?.....  Sí  No
16. ¿Ha habido alguna lesión en los dientes, como caídas, golpes, astillas, etc.?.....  Sí  No
17. ¿Su hijo rechina, aprieta o bruxiza los dientes?.....  Sí  No  
Explicar: \_\_\_\_\_
18. ¿Su hijo ronca?.....  Sí  No
19. ¿Hay algo más que sea valioso que su dentista sepa para cuidar mejor a su hijo?.....  Sí  No  
Explicar: \_\_\_\_\_

- Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental adecuado.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el consejo y el tratamiento de mi hijo proporcionado con el propósito de mejores resultados del tratamiento y / o evaluación y administración de reclamos por beneficios de seguro.
- Doy fe de la exactitud de la información en esta página y entiendo que es mi responsabilidad informar al Doctor y al personal de la oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo en la próxima cita, antes de que se brinde cualquier tratamiento adicional.

Firma del paciente / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_