

Historial Dental

Anterior/Presente Dentista: _____ Fecha de ultima visita _____

Telefono del 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 medica? 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: _____

Por favor indique algún tipo de alergia que su hijo tenga que no se encuentre en esta lista: _____

Sí No Tintes Sí No Látex Sí No Níquel/Metales Sí No Plástico

Historial Médico

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

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

Sí No Chuparse/morderse los labios	Sí No Tomar de Biberón
Sí No Morderse las uñas	Sí No Chuparse el dedo
Sí No Mordisquear objetos	Sí No Moderse la lengua/las mejillas
Sí No Respirar por la boca	Sí No Problemas del habla
Sí No Apretar/rechinar los dientes	Sí No Empujar la lengua
Sí No Usar Chupón	Sí No Tomar pecho
	Sí 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 correcta, a lo mejor de mi conocimiento. 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 a 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