

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

Nombre del Paciente ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL		Apellido	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? 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 ☐ Artritis ☐ Asma ☐ Vejiga ☐ Alteraciones Hemorrágicas	☐ Huesos/Articulaciones ☐ Cáncer ☐ Parálisis Cerebral ☐ Varicela ☐ Sinusitis Crónica ☐ Diabetes	☐ Dolor de oídos ☐ Epilepsia ☐ Desmayos ☐ Alteraciones del crecimiento ☐ Oído	☐ Corazón ☐ Hepatitis ☐ VIH +/-SIDA ☐ Inmunizaciones (Vacunas) ☐ Riñones ☐ Alergia al látex
☐ Hígado ☐ Sarampión ☐ Mononucleosis ☐ Paperas (parotiditis) ☐ Embarazo (adolescencia) ☐ Fiebre reumática			
☐ Ataques epilépticos ☐ Anemia drepanocítica (drepanocitosis) ☐ Tiroides ☐ Uso de tabaco/ drogas ☐ Tuberculosis			
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: _____	1. ☐	☐
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	2. ☐	☐
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	3. ☐	☐
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____		
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	5. ☐	☐
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? _____	6. ☐	☐
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	7. ☐	☐
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? _____	8. ☐	☐
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? _____	9. ☐	☐
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla? _____	10. ☐	☐
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea? _____	11. ☐	☐
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? _____	12. ☐	☐
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? _____	13. ☐	☐
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? _____	14. ☐	☐
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: _____	15. ☐	☐
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? _____	16. ☐	☐
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? _____	17. ☐	☐
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? _____	18. ☐	☐
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? _____	19. ☐	☐
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____	20. ☐	☐
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? ☐ Agua doméstica ☐ Agua de pozo ☐ Agua embotellada ☐ Agua filtrada		
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados? _____	22. ☐	☐
23. ¿Usa dentífricos fluorados? _____	23. ☐	☐
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	24. ☐	☐
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? _____	25. ☐	☐
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____		
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas? _____	27. ☐	☐

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 _____