

# Historia Médico/Dental de Niños

Nombre del paciente <small>APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL</small>			Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre o Guardián			Relación con el paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL - ZIP
Teléfono <small>HOGAR TRABAJO</small>			Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

¿Ha tenido usted (el padre/madre o guardián) o el paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente por más de 3 semanas, 3. Tos que produce sangre?

**Si contesta que sí en alguno de los problemas anteriores, deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.**

**Ha tenido el niño historia, dificultad, o diagnóstico de alguno de los siguientes:**

<input type="checkbox"/> Alergia al Látex	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desórdenes de Sangrado	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Varicelas
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme (sickle cell)	<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Mastoiditis	<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA
<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescentes)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/drogas	<input type="checkbox"/> Otros _____

**Por favor anote el nombre y el teléfono del médico del niño:**

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## HISTORIA DEL NIÑO

- |   | Sí                           | No                       |
|---|------------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está el niño tomando alguna medicina actualmente? Si es así, anótela: _____   | 1. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es el niño alérgico a la penicilina, antibióticos o cualquier otra medicina? Si es así, explique: _____                                     | 2. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Es el niño alérgico a otras cosas, como algunos alimentos? Si es así, explique: _____   | 3. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Cómo describiría los hábitos de alimentación del niño? _____  |                              |                          |
| 5. ¿Ha tenido el niño alguna vez una enfermedad seria? Si es así, ¿cuándo? _____ Describe por favor: _____                                      | 5. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sido hospitalizado el niño? _____  | 6. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene el niño historia de otras enfermedades? Si es así, anote: _____   | 7. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido el niño anestesia general alguna vez? _____   | 8. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene el niño algún problema hereditario? _____   | 9. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene el niño alguna dificultad del habla? _____   | 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha tenido el niño una transfusión de sangre alguna vez? _____  | 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Es el niño impedido física, mental, o emocionalmente? _____  | 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Sangra el niño excesivamente al cortarse? _____  | 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento para alguna enfermedad? _____  | 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Es ésta la primera visita del niño al dentista? Si no es la primera visita, ¿cuándo fue la última visita al dentista? Fecha: _____         | 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha tenido el niño algún problema con los tratamientos dentales en el pasado? _____   | 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Le han tomado al niño alguna vez radiografías (Rayos X)? _____   | 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? _____  | 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o la pérdida de los dientes? _____  | 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Ha recibido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____   | 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Qué clase de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> de la ciudad <input type="checkbox"/> de pozo <input type="checkbox"/> de botella |                              |                          |
| 22. ¿Toma el niño suplementos de fluoruro? _____  | 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Usa pasta dental con fluoruro? _____   | 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Cuántas veces al día se le cepillan los dientes al niño? _____ ¿Cuándo se le cepillan los dientes? _____                                   |                              |                          |
| 25. ¿Se chupa el pulgar, los dedos o el chupón? _____   | 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿De tomar el pecho? Edad _____  |                              |                          |

**NOTA: Se aconseja que tanto el paciente hablen antes del tratamiento de todos y cada uno de los puntos importantes relacionados con la salud del paciente.**

Certifico que he leído y comprendo lo anterior. Confirmando que mis preguntas, si alguna, acerca de la información pedida arriba han sido debidamente contestadas. No consideraré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, responsable por ninguna acción que tomen o no tomen por errores u omisiones que yo haya hecho al completar este formulario.

Firma del Padre/Madre o Guardián _____	Fecha _____
<b>Para el dentista llenar</b>	
Comentarios acerca de la entrevista con el padre/madre/guardián y el paciente en lo que concierne a la historia médica _____	
Descubrimientos significativos en el cuestionario o entrevista _____	
Consideraciones para el manejo dental _____	
Firma del Dentista _____	Fecha _____