

# Información del historial médico y dental del menor

**A los padres/guardianes del paciente:** tenga en cuenta que podemos formular preguntas de seguimiento para asegurarnos de que tengamos toda la información que necesitamos a fin de poder tratarlo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Apodo:		
Fecha de nacimiento: / /	Sexo:				
Nombre del padre o madre/guardián:		Relación con el paciente:			
Dirección de correo electrónico:					
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:			
Domicilio postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:		
<b>Utilice una "x" para contestar las siguientes preguntas.</b>					
¿A tenido usted o el paciente? <input type="checkbox"/> Tos persistente que a durado mas de tres semanas <input type="checkbox"/> Tos con residuos de sangre					
<input type="checkbox"/> Tuberculosis activa					
Por favor devuelva esta forma a la recepcionista inmediatamente si contesto afirmativo a alguna de las preguntas					
HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE					
¿Cual es el motivo de la visita de hoy?					
¿Cómo califica la salud oral del paciente? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Pobre					
¿El Paciente está teniendo dolor o malestar en este momento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿donde? _____					
¿Es esta la primer visita al dentista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sí no, ¿cuándo fue el último examen dental? _____ ¿Que se llevó a cabo en esa cita? _____					
Cuándo fue la última vez que le realizaron radiografías dentales al paciente?					
POR FAVOR USE UNA "X" PARA CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS			Si	No	?
¿El paciente a tenido problemas con el tratamiento dental en el pasado?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, por favor explique que paso: _____					
¿Ha tenido el paciente algún problema con la salida o pérdida de dientes?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente usa pasta dental con fluoruro al cepillar?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia se cepillan los dientes del paciente? _____ veces por _____ ¿A qué hora(s) del día son cepillados? _____					
¿Ha usado el paciente frenos dentales u otros aparatos ortodónticos?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez el paciente una lesión grave en la cabeza, la boca o los dientes?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió que si, por favor describa lo que pasó y cuando paso: _____					
¿El paciente practica algún deporte o alguna actividad recreativa física?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, por favor describa las actividades aquí: _____					
¿El suministro de agua de su hogar es fluorado?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cual es la principal fuente de agua que utilize para beber? <input type="checkbox"/> Grifo/Llave <input type="checkbox"/> Embotellada <input type="checkbox"/> Filtrada <input type="checkbox"/> Pozo					
¿El paciente toma suplementos de fluoruro?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente usa o usó chupon/pacificador o se chupa el pulgar o los dedos?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A que edad dejo de amamantar al paciente? _____ ¿A que edad dejo de tomar biberón el paciente? _____					
¿Ha experimentado el paciente trastornos respiratorios relacionados con el sueño?					
<input type="checkbox"/> Respiración por la boca <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar mientras duerme					

## HISTORIAL DE SALUD MEDICA Y ESTADO DE VACUNACION

Por favor liste el nombre del médico del paciente:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿El paciente está bajo el cuidado de un médico especialista?  Sí  No Si es así, por favor explique. \_\_\_\_\_

Por favor use una "X" para contestar las siguientes preguntas. Sí No ?

¿El paciente está actualmente siendo tratado por alguna condición médica o enfermedad?    Si es así, ¿cuál es la enfermedad y cuando te diagnosticada?

¿El paciente fue tratado por alguna enfermedad grave en el pasado?    Si es así, ¿que enfermedad fue y cuando la tuvo?

¿El paciente ha sido hospitalizado alguna vez?    ¿Cuándo y porqué?

¿Al paciente se le ha administrado alguna vez anestesia general?

¿Alguna vez el paciente ha tenido una transfusión de sangre?

¿Experimenta el paciente sangrado excesivo cuando se corta?

¿Algún médico o dentista le ha recomendado al paciente que tome algún antibiótico antes de sus visitas dentales?    Si es así, por favor escriba el nombre del doctor que se lo recomendó Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Ha sido el paciente diagnosticado con alguna condición física, de desarrollo, mental ó emocional?    Si es así, por favor explique.

¿Tiene el paciente alguna condición genética (hereditaria)?    Si es así, por favor explique.

¿Tiene el paciente dificultades del habla?    Si es así, por favor explique.

¿Cómo describiría los hábitos alimentarios del paciente?

¿Está el paciente al corriente con las vacunas relacionadas a enfermedades de la niñez (tétano, sarampión, paperas, etc.)  Sí  No

Conteste solo se aplica a la edad del niño(a), ¿cuál es el estado de inmunización del paciente con respecto al virus del papiloma humano/vph?  Inmunizado  No inmunizado

Please check the box in front of any health conditions or issues the patient has now or has had in the past:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> DDA/TDAH                           | <input type="checkbox"/> Varicela/Viruela         | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Convulsiones           |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas                     | <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica        | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Transmisión sexual/ETS |
| <input type="checkbox"/> Anemia                             | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Vacunas                    | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme      |
| <input type="checkbox"/> Artritis                           | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos           | <input type="checkbox"/> Problemas renales/de riñón | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides  |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado       | <input type="checkbox"/> Tabaco/vapeo           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula           | <input type="checkbox"/> Desmayos                 | <input type="checkbox"/> Sarampión                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos            | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento | <input type="checkbox"/> Mononucleosis              | <input type="checkbox"/> Otros _____            |
| <input type="checkbox"/> Problemas de huesos/articulaciones | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos      | <input type="checkbox"/> Paperas                    |   |
| <input type="checkbox"/> Cancer                             | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón    | <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescentes)    |   |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral                 | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco           | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática           |   |

## MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Por favor use una "x" para contestar las siguientes preguntas.

Si No ?

¿Está el paciente tomando actualmente algún medicamento recetado, vitaminas, suplementos y/o medicamentos de venta libre?     
Si es así, por favor enumérelos aquí. \_\_\_\_\_

¿Es el paciente alérgico (a) a cualquier antibiótico (penicilina) medicina para el dolor (acetaminofén, ibuprofeno, opioides) o cualquier otro medicamento?     
Si es así, por favor enumérelos y explique qué fue lo que paso cuando los tomo. \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene otro tipo de alergia, tal como a latex, metales, ciertos alimentos, animales, plantas, etc?     
Si es así, por favor describa la alergia y la reacción. \_\_\_\_\_

**NOTA: Entiendo la importancia de que el dentista y el paciente/padre del paciente/o guardián del paciente hablen honestamente acerca de la salud del mismo antes de comenzar con el tratamiento dental. Conteste todas las preguntas completamente y con precisión. Entiendo que el dentista y su personal necesitan esta información para que el paciente pueda recibir el cuidado dental apropiado. Declaro y garantizo que tengo pleno derecho legal y autoridad a dar consentimiento para la realización de cualquier procedimiento necesario para el paciente. Si por alguna razón ese derecho o autoridad es cancelado, lo notificare inmediatamente a la practica por escrito.**

El dentista y yo hemos hablado sobre cualquier pregunta que pudiera tener sobre este formulario.  
No haré responsable al dentista, o cualquier miembro de su personal por cualquier cosa que hayan o no hayan hecho, porque cometí un error al llenar este formulario.

Firma del padre/guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PARA SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

Comentarios: \_\_\_\_\_

Solo para uso oficial:

- Alerta médica  Prèmedicación  Alergias  Anestesia

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_