

HISTORIA DENTAL DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Nombre del Paciente _____ (Apodo) _____ Fecha de Nacimiento _____

Visita de Emergencia? Si _____ No _____ Primera visita al dentista? Si _____ No _____ Niño _____ Niña _____

Nombre de su dentista anterior _____ Ciudad _____

Alguien en su familia ha sido nuestro paciente anteriormente? Si _____ No _____

Nombre(s) _____

Tiene el paciente algun problema dental actualmente? Explique _____

Ha tenido el paciente alguna mala experiencia dental? Si _____ No _____ Explique _____

A quien podemos agradecer por recomendarle nuestra atención dental? _____

Contacto de emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO O ADOLESCENTE

En las siguientes preguntas, por favor marque sus respuestas con un círculo (sí o no). Sus respuestas son requeridas únicamente para nuestros archivos y serán consideradas estrictamente confidenciales.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está su niño/a en buena salud? | SI | NO |
| 2. ¿Cuándo tuvo su último examen físico? | SI | NO |
| 3. ¿Ha habido algún cambio en la salud del niño/a durante los últimos doce meses? | SI | NO |
| 4. ¿Está el niño/a bajo tratamiento médico actualmente? | SI | NO |
| Explique _____ | | |
| 5. ¿Nombre de su médico pediatra: _____ y teléfono: _____
y dirección: _____ | | |
| 6. ¿Ha tenido el niño/a alguna enfermedad u operacion seria? | SI | NO |
| Si es así, explique _____ | | |
| 7. ¿Ha estado el niño/a hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad en los últimos cinco años? | SI | NO |
| Explique _____ | | |
| 8. ¿Es su niño(a) alérgico(a) a latex? | SI | NO |
| 9. ¿Ha tenido el niño/a alguna de las siguientes enfermedades o problemas? | SI | NO |
| a. Fiebre reumática..... | SI | NO |
| b. Lesiones congénitas del corazón | SI | NO |
| c. Enfermedades cardiovasculares (problemas del corazón, ataques, insuficiencia coronaria, presión alta, bloqueo de venas/arterias del corazon. etc.) | SI | NO |
| (1) Soplo del corazón..... | SI | NO |
| (2) Dolor en el pecho después de hacer ejercicio | SI | NO |
| (3) Falta de aire después de hacer poco ejercicio | SI | NO |
| d. Alergias..... | SI | NO |
| e. Problemas de sinusitis..... | SI | NO |
| f. Asma | SI | NO |
| g. Problemas dérmicos (de la piel) | SI | NO |
| h. Desmayos o ataques | SI | NO |
| i. Diabetes | SI | NO |
| (1) Necesita el niño/a orinar más de seis veces al día? | SI | NO |
| (2) Tiene sed en exceso? | SI | NO |
| (3) Tiene resequedad bucal frecuentemente? | SI | NO |
| j. Hepatitis o enfermedades del hígado | SI | NO |
| k. Artritis | SI | NO |
| l. Reumatismo inflamatorio..... | SI | NO |
| m. Ulceras estomacales | SI | NO |
| n. Problemas del riñón..... | SI | NO |
| o. Tuberculosis..... | SI | NO |
| p. Tos continua o con sangre..... | SI | NO |
| q. Presión sanguínea baja | SI | NO |
| r. Enfermedades venereas | SI | NO |
| s. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) | SI | NO |
| t. Otros..... | SI | NO |
| 10. ¿Ha tenido el niño/a algun sangrado anormal asociado con extracciones, operaciones, o traumas previos? | SI | NO |
| a. Se moretonea el niño/a con facilidad? | SI | NO |
| b. Ha necesitado trasfusión de sangre alguna vez? | SI | NO |
| Explique _____ | | |

- | | | |
|---|----|----|
| 11. Problemas sanguíneos? Anemia?..... | SI | NO |
| 12. ¿Ha tenido el niño/a alguna operación o tratamiento por algún tumor o algo parecido en la boca o labios?..... | SI | NO |
| 13. ¿Está el niño/a tomando medicinas actualmente? | SI | NO |
| Explique _____ | | |
| 14. ¿Ha tomado su niño(a) la medicina de dieta Phen-Fen? | SI | NO |
| 15. ¿Utiliza el niño/a alguna de las siguientes medicinas rutinamente? | | |
| a. Antibióticos o sulfa..... | SI | NO |
| b. Anticoaguladores..... | SI | NO |
| c. Medicina para la presión sanguínea alta | SI | NO |
| d. Cortisona..... | SI | NO |
| e. Tranquilizantes..... | SI | NO |
| f. Antihistamínicos | SI | NO |
| g. Aspirina..... | SI | NO |
| h. Insulina | SI | NO |
| i. Medicinas/drogas para el corazón..... | SI | NO |
| j. Nitroglicerina..... | SI | NO |
| k. Ritalin..... | SI | NO |
| l. Otro _____ | SI | NO |
| 16. ¿Ha tenido su niño (o familiar inmediato) reacción alérgica a: | | |
| a. Anestesia local | SI | NO |
| b. Penicilina u otros antibióticos | SI | NO |
| c. Sulfa | SI | NO |
| d. Barbitúricos, sedantes, tranquilizantes | SI | NO |
| e. Aspirina..... | SI | NO |
| f. Yodo..... | SI | NO |
| g. Codeína u otro narcótico | SI | NO |
| h. Otro _____..... | SI | NO |
| 17. ¿Hay algún otro punto importante que no se haya mencionado anteriormente con relación al niño/a | SI | NO |
| Explique _____ | | |
| 18. ¿Existe algún problema especial con el niño/a? | SI | NO |
| Explique _____ | | |

CONSENTIMIENTO

Yo doy consentimiento a los Doctores Chiang, Morris, Murillo, Saisho, Hamilton, Asociados y personal para hacer diagnóstico dental incluyendo rayos-X, limpieza de dientes, examen oral, y aplicación de fluoruro en los dientes. Yo entiendo que antes de cualquier tratamiento adicional que sea necesario seré informado para dar consentimiento.

_____ Firma de padres/apoderado legal	_____ Nombre de padres/apoderado legal	_____ Fecha
--	---	----------------

FOR DENTIST ONLY

PATIENT RESUME:

HOSPITALIZATIONS:

SURGERIES:

MEDICATIONS:

ALLERGIES:

MEDICAL ALERT:

A.S.A. I, II, III, IV **Medical Consult Requested**

Signature of Dentist **Date**