



Niños menores de 12 años Historial médico y dental

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre / tutor _____ Relación con el niño _____

Contacto de emergencia (nombre / número de teléfono) _____

Historial médico

1. ¿Tiene su hijo algún problema de salud actual?..... ☐ Sí ☐ No

Si es así, explíquelo por favor: _____

2. ¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico?..... ☐ Sí ☐ No

Nombre del médico: _____

3. ¿Recibe su hijo algún medicamento recetado, a base de hierbas o de venta libre? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué y cuándo? _____

4. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué y cuándo? _____

5. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una cirugía o está contemplada la cirugía?..... ☐ Sí ☐ No

Si es así, explíquelo por favor: _____

6. ¿Su hijo tiene un soplo cardíaco o alguna otra afección cardíaca?..... ☐ Sí ☐ No

7. ¿Su hijo tiene sangrado severo o prolongado?..... ☐ Sí ☐ No

Si es así, explíquelo por favor: _____

8. ¿Su hijo tiene SIDA o ha dado positivo en la prueba del VIH?..... ☐ Sí ☐ No

9. ¿Su hijo ha dado positivo en la prueba de hepatitis?..... ☐ Sí ☐ No

10. ¿Su hijo ha tenido antecedentes de trastornos nerviosos?..... ☐ Sí ☐ No

11. ¿Su hijo tiene dolores de cabeza frecuentes? ☐ Sí ☐ No

Si es así, explíquelo por favor: _____

12. ¿Su hijo es alérgico / sensible a: ☐ Ninguno ☐ Codeína ☐ Penicilina ☐ Anestesia local ☐ Látex

☐ Piñones ☐ Tintes ☐ Otro: _____

13. ¿Tiene o ha tenido alguna vez:

AGREGAR / ADHD..... ☐ Sí ☐ No

Asma..... ☐ Sí ☐ No

Autismo..... ☐ Sí ☐ No

Problemas de conducta..... ☐ Sí ☐ No

Cáncer..... ☐ Sí ☐ No

Parálisis cerebral..... ☐ Sí ☐ No

Retraso en el desarroll..... ☐ Sí ☐ No

Diabetes..... ☐ Sí ☐ No

Epilepsia / convulsiones / desmayos.... ☐ Sí ☐ No

Trastornos de la alimentación..... ☐ Sí ☐ No

Fiebre del heno / alergias estacionales. ☐ Sí ☐ No

Discapacitados auditivos..... ☐ Sí ☐ No

Hepatitis / ictericia..... ☐ Sí ☐ No

Hospitalizaciones..... ☐ Sí ☐ No

Infección renal..... ☐ Sí ☐ No

Problemas hepáticos..... ☐ Sí ☐ No

Leucemia..... ☐ Sí ☐ No

Lesiones herpéticas bucales..... ☐ Sí ☐ No

Problemas escolares..... ☐ Sí ☐ No

Discapacidades del habla..... ☐ Sí ☐ No

Problemas de tiroides..... ☐ Sí ☐ No

Fiebre reumática..... ☐ Sí ☐ No

¿Tomar premedicación para algo?..... ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿para qué? _____



Niños menores de 12 años Historial médico y dental

Historia Dental

1. Esta es la primera visita de mi hijo al dentista..... ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuándo se cepilla los dientes su hijo?
☐ Al levantarse ☐ Después de cualquier comida ☐ Inmediatamente después de las comidas ☐ Antes de acostarse
3. ¿Controla actualmente la ingesta de azúcar de su hijo en los alimentos, los bocadillos y las bebidas? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Su hijo recibe flúor en el agua que bebe?..... ☐ Sí ☐ No
5. ¿Recibe su hijo fluoruro suplementario en casa?..... ☐ Sí ☐ No
6. ¿Se ha observado alguna caries en el pasado?..... ☐ Sí ☐ No
7. ¿Su hijo se chupa el pulgar o los dedos?..... ☐ Sí ☐ No
8. ¿Se extrajeron algunos dientes (de leche o permanentes)?..... ☐ Sí ☐ No
9. ¿Se ha recomendado un mantenedor de espacio?..... ☐ Sí ☐ No
10. ¿Se ha colocado un mantenedor de espacio?..... ☐ Sí ☐ No
11. ¿Ha tenido su hijo algún problema con el tratamiento dental en el pasado?..... ☐ Sí ☐ No
12. ¿Alguien de la familia, incluidos los padres, se ha sometido a ortodoncia?..... ☐ Sí ☐ No
13. ¿Ha recibido su hijo alguna vez anestesia local?..... ☐ Sí ☐ No
14. ¿Ha tenido su hijo alguna vez selladores oclusales?..... ☐ Sí ☐ No
¿Si es así, cuándo? _____
15. ¿Cree su hijo que hay algún problema con sus dientes?..... ☐ Sí ☐ No
16. ¿Ha habido alguna lesión en los dientes, como caídas, golpes, astillas, etc.?..... ☐ Sí ☐ No
17. ¿Su hijo rechina, aprieta o bruxiza los dientes?..... ☐ Sí ☐ No
Explicar: _____
18. ¿Su hijo ronca?..... ☐ Sí ☐ No
19. ¿Hay algo más que sea valioso que su dentista sepa para cuidar mejor a su hijo?..... ☐ Sí ☐ No
Explicar: _____

- ☐ Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental adecuado.
- ☐ Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el consejo y el tratamiento de mi hijo proporcionado con el propósito de mejores resultados del tratamiento y / o evaluación y administración de reclamos por beneficios de seguro.
- ☐ Doy fe de la exactitud de la información en esta página y entiendo que es mi responsabilidad informar al Doctor y al personal de la oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo en la próxima cita, antes de que se brinde cualquier tratamiento adicional.

Firma del paciente / tutor _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____