VAHAN GRIGORYAN, DDS, INC.

Historial Dental y Médica de su Niño(a)

Nombre del Paciente: Apellido Primer Nombre Inicial	Apodo:	Fecha De Nacimiento:
Nombre de los padres o tutores:	Relación con el paciente:	
Dirección Apartado postal o dirección completa	Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono: ( ) Casa /Celular Email:	Sex: M ☐ F ☐	No conforme al genero ☐

¿Usted (el padre / tutor) o el paciente ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente de más de tres semanas de duración,3. Tos que produce sangre? ..... ☐ Sí ☐ No ☐ No Se

Si responde afirmativamente a cualquiera de las tres preguntas anteriores, deténgase y envíe este formulario a la recepcionista.

¿Ha tenido su niño(a) algún antecedente o condición relacionada con alguno de los siguientes?

☐ Anemia ☐ Artritis ☐ Asma ☐ Vejiga ☐ Trastornos hemorrágicos ☐ Huesos / Articulaciones	☐ Cáncer ☐ Parálisis Cerebral ☐ Varicela Sinusitis ☐ Diabetes ☐ Dolores de Oído	☐ Epilepsia ☐ Desmayos Problemas de crecimiento ☐ Corazón ☐ Hepatitis ☐ VIH/ SIDA	☐ Vacunas ☐ Riñones ☐ Alergia al Látex ☐ Hígado ☐ Sarampión ☐ Mononucleosis	☐ Paperas ☐ Embarazo (adolescente) ☐ Fiebre Reumática ☐ Convulsiones ☐ Célula Falciforme /Anemia Falciforme	☐ Tiroides ☐ Uso de Tabaco y/o drogas ☐ Tuberculosis ☐ Enfermedades Venéreas ☐ Otro_____

Indique el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Medico: _____ Teléfono: _____-_____-_____

Fecha del último examen físico : _____

Historial Médico y Dental del Niño/Niña

	Si	No
1. ¿Está tomando el niño(a) algún medicamento recetado y / o sin receta, o suplementos de vitaminas en este momento? ..... **Si es así, por favor mencionelos**:_____	1. ☐	☐
2. ¿Es alérgico su niño(a) a algún medicamento, como, penicilina, antibióticos u otras drogas? **Si es así, explíquelo por favor:**_____	2. ☐	☐
3¿ Es alérgico el niño(a) a ciertos alimentos?..... **Si es así, explíquelo por favor:** _____	3. ☐	☐
4. ¿Cómo describiría los hábitos alimenticios del niño(a)? _____	4. ☐	☐
5. ¿Ha tenido el niño(a) alguna enfermedad grave en el pasado? Si es así, cuando: _____ Describa la enfermedad: _____	5. ☐	☐
6. ¿Alguna vez ha estado su niño(a) hospitalizado?	6. ☐	☐
7. ¿Tiene el niño(a) un historial de otras enfermedades? En caso afirmativo, enumere: _____	7. ☐	☐
8. ¿Ha recibido el niño(a) anestesia general?	8. ☐	☐
9. ¿Tiene el niño(a) algún problema de salud hereditario?.....	9. ☐	☐
10 ¿Tiene el niño(a) dificultades para hablar?.....	10. ☐	☐
11. ¿Ha recibido el niño(a) transfusión de sangre?	11. ☐	☐
12. ¿Está el niño(a) física, mental o emocionalmente afectado?.....	12. ☐	☐
13. ¿Sangra excesivamente su niño(a) cuando se corta?.....	13. ☐	☐
14. ¿Está el niño(a) siendo tratado actualmente por alguna enfermedad?.....	14. ☐	☐
15. ¿Es esta la primera visita del niño(a) al dentista? Si no, ¿cuál fue la fecha de la última visita al dentista? Fecha: _____	15. ☐	☐
16. ¿Ha tenido el niño(a) algún problema con el tratamiento dental en el pasado?.....	16. ☐	☐
17. ¿Le han tomado radiografías dentales a su niño(a)? Si es así, Cuando?: _____.....	17. ☐	☐
18. ¿Alguna vez el niño(a) ha sufrido alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes?.....	18. ☐	☐
19. ¿Ha tenido el niño(a) algún problema con la erupción de dientes permanentes o el desprendimiento de dientes de leche?.....	19. ☐	☐
20. ¿Ha recibido el niño(a) tratamiento de ortodoncia?.....	20. ☐	☐
21 ¿Qué tipo de agua bebe su hijo(a)? ☐ Agua de la ciudad (De la llave) Agua de pozo ☐ Agua embotellada ☐ Agua filtrada	21. ☐	☐
22 ¿Toma el niño(a) suplementos de fluoruro?**?**	22. ☐	☐
23. **¿Usa pasta dental con fluoruro?**.....	23. ☐	☐
24. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su niño(a)? _____ ¿Cuándo en el día se cepilla los dientes? _____	24. ☐	☐
25. ¿Usa el hilo dental su niño(a)? Si es así, con qué frecuencia: _____	25. ☐	☐
26. ¿A qué edad dejó su niño(a) el biberón? Edad: _____ ¿Cuándo dejo de amamantar a su niño(a)? _____Años	26. ☐	☐
27. ¿Participa su niño(a) en algún deporte?..... ¿Cuál _____	27. ☐	☐
28. ¿Se chupa los dedos su niño(a) o usa chupón?.....	28. ☐	☐
29. ¿Cuál es el motivo de su visita hoy?.....	29. ☐	☐
30. ¿Con qué frecuencia visita su niño(a) al dentista? _____	30. ☐	☐
31. Nombre de su dentista anterior: _____	31. ☐	☐

Nota: se recomienda tanto al médico/dentista como al paciente que analicen todos los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tomen o que no tomen debido a errores u omisiones que

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha_____

Para completar por dentista

Comentarios: _____

_____

Sólo para uso del Consultorio: ☐ Alerta Medica ☐ Pre-medicación ☐ Alergias ☐ Anestesia **Revisado Por** _____ **Fecha:**_____