

Nombre del Paciente: <small>Apellido                      Primer Nombre                      Inicial</small>			Apodo:	Fecha De Nacimiento:	
Nombre de los padres o tutores:			Relación con el paciente:		
Dirección <small>Apartado postal o dirección completa</small>			Ciudad	Estado                      Código Postal	
Teléfono: (        )                      (        )                      Trabajo			Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	No conforme al genero <input type="checkbox"/>	
¿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? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se					
<b>Si responde afirmativamente a cualquiera de las tres preguntas anteriores, deténgase y envíe este formulario a la recepcionista.</b>					
<b>¿Ha tenido su niño(a) algún antecedente o condición relacionada con alguno de los siguientes?</b>					
<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Huesos / Articulaciones	<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Varicela Sinusitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dolores de Oído	<input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Desmayos Problemas de crecimiento <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Alergia al Látex <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescente) <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Célula Falciforme /Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco y/o drogas <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas <input type="checkbox"/> 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

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

**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: \_\_\_\_\_