

Clínica Dental Móvil

#  Historia Médica/Dental para Niños

**Nombre del Paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Masculino**:[ ]  **Femenino**: [ ]

**Médico de Cabecera**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Esta bajo tratamiento médico el paciente? Si No
2. Ha tenido alguna enfermedad grave, cirugías o ha estado hospitalizado el paciente? Si No

Si la respuesta es si, por favor explique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indique cualquier medicamento y la dosis que el paciente este tomando:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Alergias: [ ]  Ninguna [ ]  Penicilina [ ]  Drogas Sulfa [ ]  Latex [ ]  Codeína [ ]  Anestesia Local

[ ]  Otros Antibióticos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Colores o sabores sintéticos [ ]  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. El médico o dentista alguna vez ha recetado antibióticos al paciente antes de una cita dental? Si No
2. Tiene el paciente alguna discapacidad? [ ]  No [ ]  Si Por favor describa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Alguna vez ha tenido el paciente historia de lo siguiente? Marque lo que corresponda, o si la respuesta

es No marque aquí [ ]

[ ]  Enfermedad autoinmune [ ]  Reemplazo válvula del Corazón o Prolapso válvula mitral [ ]  VIH

[ ]  Anemia [ ]  Soplo al corazón [ ]  Trastorno psiquíatrico

 [ ]  Asma [ ]  Enfermedades del hígado o riñones [ ]  Diabetes

[ ]  Alteraciones de la coagulacion sanguinea [ ]  Enfermedad de los pulmones / Bronquitis [ ]  Tuberculosis

[ ]  Enfermedades de la niñez [ ]  Convulsiones/ Epilepsia/ Desmayos [ ]  Otra enfermedad

(Sarampión, paperas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Ha tenido alguna vez el paciente alguno de los siguientes hábitos?

[ ] Uso de chupón [ ]  Respirar por la boca [ ]  Rechinar los dientes [ ]  Chupar dedo [ ]  Morderse las uñas

1. Ha tenido el paciente heridas en la cabeza, cara o madíbula? [ ]  No [ ]  Si - Explique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Que tipo de agua bebe el paciente? Marque lo que corresponda.

[ ]  agua de ciudad [ ]  agua de pozo [ ]  agua de botella [ ]  agua filtrada [ ]  No esta seguro

1. Es esta la primera cita dental en la vida del paciente ? Si No
2. Presenta el paciente algún: [ ] dolor/incomodidad [ ] inflamación [ ]  dolor de dientes? Marque lo que corresponda
3. Cúal es la actitud del paciente cuando va al dentista? Marque con un círculo: Temeroso Aprensivo

No tiene problema

**Importante! Se require la firma del padre o representante legal:**

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. A mi mejor saber y entender la información que he dado es correcta y precisa. No haré responsable al dentista(s) o a ningun miembro del personal de Northwest Community por algún error que yo haya cometido al llenar este formato. Entiendo que es mi responsabilidad informar al dentista de mi hijo si hubiera algún cambio en su salud o si hubiera algún cambio en las respuestas del questionario anterior.

Nombre en imprenta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_