

## Historia MÉDICA, DENTAL Y USO DE MEDICINAS RECETADAS

Nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Como le gusta a su hijo/ que lo llamen: \_\_\_\_\_  
Apellido primer nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Medico de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Numero telefónico del doctor \_\_\_\_\_

Intereses, pasa tiempos y mascotas de su hijo/a \_\_\_\_\_

Hermano(a)s y sus edades: \_\_\_\_\_

**Razón por la cual visita nuestra oficina hoy (Circule uno) Revisión, Caries, Hábitos, Emergencia odontóloga Otro:** \_\_\_\_\_

SI NO Esta su hijo/a bajo el cuidado de un medico por algo mas que sea rutinario? Por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Tiene su hijo/a un soplo al corazón, válvula artificial en el Corazón, articulación artificial, historia de Operación al corazón o Trasplante de Corazón? En caso de que si por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Tiene su hijo/a una juntura de Prótesis o desviación del cerebro? por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Tiene su hijo alguna alergia a medicamentos o reacciones negativas a alguna medicina? \_\_\_\_\_  
En caso de que si por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a toma medicina de manera regular? \_\_\_\_\_  
En caso de que si por favor escribalas: \_\_\_\_\_

SI NO Esta su hijo/a tomando alguna medicina en este momento que normalmente no toma?  
En caso de que si por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Ha sido su hijo/a ALGUNAVEZ hospitalizado o en la sala de emergencia por alguna razón? \_\_\_\_\_  
En caso de que si por favor explique: \_\_\_\_\_

Por favor circule cualquier condición médica que su hijo/a haya tenido alguna vez:

Desordenes renales	Desorden en ojos/oídos	Desordenes pulmonares
Problemas de audición	Alergias	Desordenes en el hígado
Problemas intestinales	Defectos de nacimiento	Desordenes Musculares
Problemas de sangramientos	Problemas del Corazón	Desordenes en la nariz y en la garganta
Problemas sanguíneos	VIH Positivo	Dolores de cabeza persistente
Desorden en los huesos	Dificultades para aprender	Transfusiones de sangre
Problemas cerebrales	Problemas Endocrinológicos	Desordenes en la piel
Cáncer	Asma	Retardo Mental
Tumores	Soplo de Corazón	Problemas de comportamiento
Epilepsia	Cirugía de Corazón	Problemas del habla
Diabetes	Autismo	Problemas de los Riñones
Hepatitis	Alérgico(a) al Látex	Incapacidad física
Convulsiones	Problemas con el estomago	Problemas de respiración

SI NO Su hijo/a ha visitado un dentista pediatra antes? Fecha aproximada de la última visita? \_\_\_\_\_

SI NO Usted cree que su hijo/a no cooperara? \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a toma agua sin fluoruro? \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a toma tabletas, gotas o vitaminas que contengan fluoruro? \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a se ha golpeado algún diente. En caso de que si Por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a ha tenido dolores faciales o ha tenido problemas con la quijada cerca del oído? En caso de que si Por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a se come la pasta de dientes? \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a ha tenido una experiencia dental o médica que le hayan causado un trauma? En caso de que si, Por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Usted considera que su hijo/a es lento/a para aprender? \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a se chupa el dedo gordo? algún dedo o sabana? Por favor explique: \_\_\_\_\_

SI NO Su hijo/a tiene dificultad para respirar por la nariz cuando tiene la boca cerrada? \_\_\_\_\_

SI NO Hay alguna otra cosa que usted quiere que sepamos de su hijo(a) Por favor explíquenos: \_\_\_\_\_

SI NO Niños pequeños únicamente: Su hijo/a usa tetero, pachá , botella o biberón para dormirse? \_\_\_\_\_

**LA ANTERIOR HISTORIA MEDICA, DENTAL Y USO DE MEDICINAS RECETADAS ESTA COMPLETA Y ACERTADA HASTA LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. ES MI RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO DE LA ANTERIOR HISTORIA MEDICA, ANTES DE LA PROXIMA CITA DENTAL .**

FIRMA (Padre/ Guardián): \_\_\_\_\_ .Fecha: \_\_\_\_\_