



# Poiset and Associates

## Pediatric Dentistry and Orthodontics

Mitchell Poiset, DDS • Shay Brannan, DDS • Kevin Menzie, DMD, MS • Brett Parks, DDS

7930 Frost Street, Suite 101  
San Diego, CA 92123  
Phone 858-492-9977  
Fax 858-492-9910

www.poisetandassociates.com

### Por favor, hablemos de su hijo

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Sobrenombre: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Escuela que atiende: \_\_\_\_\_

¿El niño es adoptado?  Sí  No      ¿El niño lo sabe?:  Sí  No

Nombres de sus hermanos y edades: \_\_\_\_\_

Nombres de sus hermanas y edades: \_\_\_\_\_

### Historia Dental

¿Es esta la primera visita del niño al dentista? \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Alguna experiencia desfavorable en otra oficina dental? \_\_\_\_\_

¿Alguna preocupación específica sobre la boca ó dientes del niño?

\_\_\_\_\_

Por favor explique, si es necesario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el niño?

0     1     2     3

¿El niño usa el hilo dental todos los días? \_\_\_\_\_

¿Algún adulto lo ayuda a usar el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Utiliza pasta de dientes con fluoruro? \_\_\_\_\_

¿Utiliza algún producto con fluoruro adicional? \_\_\_\_\_

Enjuague bucal     Gel     Agua     Tabletas ó Gotas

¿El niño ha tenido o necesita tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

¿El niño es amamantado? \_\_\_\_\_

¿El niño usa biberón o vaso? \_\_\_\_\_

Si contestó sí. ¿El niño usa biberón o vaso para dormir? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún dolor ó síntoma de la quijada (hace clic, truena, o tiene abertura limitada)? \_\_\_\_\_

¿El niño ha tenido alguna lesión en la boca o cara \_\_\_\_\_

Si respondió sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El niño tiene alguno de los siguientes hábitos?

Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa chupón		Rechina los dientes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chupo el dedo ó pulgar		Se muerde las uñas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Succiona o chupa el labio		Empuje Lingual	

Entiendo que la información que he dado en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo. Yo autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales que mi hijo necesite.

Firma del Padre/Tutor

Nombre impreso del Padre/Tutor

Fecha

Dentist's Review

Update

Update

Update

Update

Update

Signature Date

Signature Date

Signature Date

Signature Date

Signature Date

Signature Date

### Historia Médica

¿El niño ha tenido alguna enfermedad seria? \_\_\_\_\_  Sí  No

¿El niño ha sido hospitalizado? \_\_\_\_\_

¿El niño ha tenido alguna cirugía? \_\_\_\_\_

¿El niño tiene algún síndrome o transtorno genético? \_\_\_\_\_

¿Algún defecto congénito o craneofacial? \_\_\_\_\_

¿Alguna discapacidad física o mental? \_\_\_\_\_

¿El niño tiene algún tipo de autismo? \_\_\_\_\_

¿El niño ha tenido alguna condición relacionada con la siguiente lista?

Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto Congénito del corazón		Retraso en el Desarrollo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Pulmonar		Retraso del habla	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Riñón		Hiperactividad / ADD	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Hígado		Integración Sensorial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis		Problemas de la Vista	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Endocrino		Problemas del oído	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes		Convulsiones ó Epilepsia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Digestiva		Nacimiento Prematuro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo / GERD		Parálisis Cerebral	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Celiaca/Intestino Irritable		Fiebres Altas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia/Transtorno Hemorrágico		Infecciones del Oído	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transtorno de la Sangre		Sinusitis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia		Eczema	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia, Cancer ó Tumores		Enfermedad de la piel	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA		Tuberculosis (TB)	

Por favor explique condiciones médicas, si es necesario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor indique alergias (medicamentos, comida, látex): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor indique los medicamentos que el niño está tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El niño tiene algún problemas de respiración de la siguiente lista?

Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agrandamiento de Amígdalas/Adenoides		Asma	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño obstructiva		Alergias al ambiente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar por la nariz		Roncar	

Nombre de su doctor primario: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_