

## HISTORIA MEDICA

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Nino(a) \_\_\_\_\_ Sexo (F) (M)

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nac. \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Ano que cursa \_\_\_\_\_

Nombre y edad de sus hermanos \_\_\_\_\_

Nombre y edad de sus hermanas \_\_\_\_\_

Medico o Pediatra del Nino(a) \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_

A quien debemos agradecer haberle referido a nosotros? \_\_\_\_\_

Su nino(a) es adoptado? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si es adoptado, lo sabe el nino? Si \_\_\_ No \_\_\_

1. -- Indique las enfermedades que ha tenido el nino (a) :

Si No Murmullo del Corazon	Si No Convulsiones / Epilepsia
Si No Defecto Congenito del Corazon	Si No Epilepsia Cerebral
Si No Cancer	Si No Sordera
Si No Diabetes	Si No Infecciones del Oido
Si No Fiebre Reumatica	Si No Fiebres Altas
Si No SIDA / HIV positive	Si No Intervenciones Quirurgicas
Si No Hemofilia / Sangrado anormal	Si No Transfusiones de Sangre
Si No Astma / Problemas Pulmonares	Si No Hospitalizaciones
Si No Hepatitis	Si No Problemas de Rinon/Higado
Si No Tuberculosis	Si No Problemas de Tiroide
Si No Alergias a Medicamentos/Alimento	Si No Problemas de Incapacidad
Si No Fallas de Aprendizaje/ Desarrollo	Si No Trauma en Boca o Cara

Favor de indicar cualquier otra condicion medica, fisica o emocional seria que haya tenido el nino(a) \_\_\_\_\_

2. --Actualmente esta tomando el nino(a) algun medicamento? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Cual? \_\_\_\_\_

3. -Esta tomando el nino cualquier fluoruro suplementario? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Tabletas                      Gotas                      Agua

4. -Sufre el nino(a) problemas de respiracion? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Respira el nino(a) unicamente por su boca? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Puede respirar el nino(a) por su nariz? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Ronca el nino(a) cuando duerme? Si \_\_\_ No \_\_\_

5. Indique si el nino(a) tiene alguno de los siguientes habitos:

Si No Se chupa el dedo	Si No Se come las unas
Si No Se muerde/ chupa el labio	Si No Muerde objetos duros
Si No Usa Chupon	Si No Choca los dientes/ la mandibula

6. Para infants y niños pequeños:  
 Actualmente usa mamila? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si no es así, cuando dejó de usarla? \_\_\_\_\_  
 Si todavía la usa, con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ A qué hora del día? \_\_\_\_\_  
 Qué alimento le da en la botella? \_\_\_\_\_ Toma actualmente el pecho? Si \_\_\_ No \_\_\_
7. El niño(a) ha sido atendido por un dentista con anterioridad? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Si es así, indique la fecha aproximada de su última visita al dentista \_\_\_\_\_ en donde? \_\_\_\_\_
8. Existen otros problemas dentales que usted sepa actualmente? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Si es así, explique cuáles son: \_\_\_\_\_
9. Con qué frecuencia se cepilla el niño(a) los dientes? \_\_\_\_\_  
 Usa el hilo dental? Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Usted le ayuda a usarlo? Si \_\_\_ No \_\_\_
10. El padre o la madre del niño(a) han tenido demasiados problemas de caries o dentales?  
 Si \_\_\_ No \_\_\_
11. El padre o la madre del niño han tenido tratamiento de ortodoncia? Si \_\_\_ No \_\_\_
12. Si el niño(a) tiene caries o problemas dentales cuál cree usted que puede ser la causa? Falta de  
 higiene oral \_\_\_ Exceso de dulces \_\_\_ Uso prolongado de la mamila \_\_\_
13. Ha tenido el niño(a) alguna experiencia desfavorable en una oficina dental/médica? Si \_\_\_ No \_\_\_
14. ¿Cuál es el propósito de su visita de hoy al dentista? \_\_\_\_\_

Su Domicilio Actual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Trabaja en \_\_\_\_\_ Teléfono de su Trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección de su trabajo \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre del Supervisor \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Trabaja en \_\_\_\_\_ Teléfono de su Trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección de su trabajo \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre del Supervisor \_\_\_\_\_

Afirmo que la información aquí proporcionada es la correcta y será guardada como confidencial y asimismo es mi responsabilidad informar al dentista de cualquier cambio en la condición de salud del niño(a), y aquí mismo doy mi autorización para que se brinden los servicios dentales necesarios para mi hijo(a).

---

Firma del Padre, Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de su Compañía Aseguradora ( si la hay ) \_\_\_\_\_  
 Número de Grupo o Reclamación (Claim Number) para servicio Dental \_\_\_\_\_

Para uso de la oficina dental:  
 He revisado personalmente la información médica/dental anterior con el padre/tutor del paciente:  
 Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha; \_\_\_\_\_ Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

NUESTRA OFICINA CUMPLE O EXCEDE LOS ESTANDARES DE CONTROL DE INFECCION REQUERIDOS POR LA OSHA, CDC Y ADA EN LOS ESTADOS UNIDOS.