

Nevada Health Centers, Inc. CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA MÉDICA DENTAL DE NIÑOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha de hoy: _____

Conteste TODAS las preguntas:

Sí No

- ¿Está este niño bajo tratamiento de un médico?
- ¿Está tomando este niño algún medicamento actualmente? Indíquelo en la siguiente página.
- ¿Ha estado este niño gravemente enfermo u hospitalizado?
De ser así, dé información _____
- ¿Le ha dicho algún médico que este niño tiene soplo cardíaco?
- ¿Tiene este niño asma o fiebre del heno? (Subraye qué condición médica)
- ¿Tiene este niño urticaria o erupción cutánea? (Subraye qué condición médica)
- ¿Está este niño física o mentalmente discapacitado?
- ¿Tiene este niño algún problema emocional o del desarrollo (como THDA, autismo)?
De ser así, dé información _____

¿Ha tenido este niño algún historial de ..?

Sí No

- Fiebre reumática
- Artritis reumatoide
- Ictericia (piel y ojos amarillos)
- Hepatitis
- Diabetes
- Tuberculosis (TB)
- Fiebre escarlata
- Problema cardíaco
- Riñón o hígado comprometidos
- Convulsiones o epilepsia
- Trastornos hemorrágicos
- Sarampión

Sí No

- ¿Sangra el niño durante mucho tiempo cuando se hace alguna cortada?
- ¿Es esta la primera consulta dental para este niño? (Si la respuesta es “no”, dé una fecha aproximada de la última consulta dental _____)
- ¿Ha tenido el niño alguna dificultad para aceptar tratamientos dentales anteriormente?
- ¿Prevé que el niño vaya a tener dificultad en aceptar el tratamiento dental?

ALERGIAS: ¿Ha tenido alguna vez este niño una reacción alérgica o una mala reacción a ..?

Sí No

- Aspirina
- Penicilina
- Medicamentos de sulfamida (sulfonamidas)
- Anestésico dental (novocaína)
- Codeína
- Analgesia con óxido nitroso (gas hilarante)
- Tranquilizantes (Valium, Vistaril, Atarax)
- Otros medicamentos (especifique): _____

Historial de higiene y flúor:

Sí No

- ¿Usa su hijo agua potable fluorada?
- ¿Usa su familia crema dental fluorada?
- ¿Ha tenido su hijo aplicaciones anteriores de flúor tópico? De ser así, ¿cuándo? _____
- ¿Ha tomado su hijo algunas vitaminas o pastillas con flúor? De ser así, ¿cuándo? _____
- ¿Cepilla los dientes de su hijo?
- ¿Le sangran las encías a su hijo al cepillarse?

SOLO para pacientes mujeres:

Sí No

- ¿Sabe si esta menor está embarazada?
De ser así, dé la fecha probable de parto _____

