

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

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): _____

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?

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 _____

