

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?

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?

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): _____

SOLO para pacientes mujeres:
Sí No

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



Nevada Health Centers, Inc.

CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA MÉDICA DENTAL DE NIÑOS

Indique todos los medicamentos con y sin receta (incluyendo aspirina) que su hijo esté tomando actualmente o haya tomado recientemente:

¿Hay algo más sobre la salud de su hijo que debamos saber? _____

He leido y comprendido el cuestionario que se incluye arriba y he contestado todas las preguntas con la verdad hasta donde tengo conocimiento. Si hay cambio en la salud o los medicamentos de mi hijo, lo informaré al personal de la clínica en mi próxima cita.

Firma del paciente o del tutor

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ **Fecha** _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Health History Comments & Updates

PROVIDER Signature _____ **Date** _____