NEVADA HEALTH CENTERS

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

¿Ha tenido este niño/a algún historial de ..?

	Sí	No	
9	☐	☐	Fiebre reumática
10	☐	☐	Artritis reumatoide
11	☐	☐	Ictericia (piel y ojos amarillos)
12	☐	☐	Hepatitis
13	☐	☐	Diabetes
14	☐	☐	Tuberculosis (TB)
15	☐	☐	Fiebre escarlata
16	☐	☐	Problema cardíaco
17	☐	☐	Riñón o hígado comprometidos
18	☐	☐	Convulsiones o epilepsia
19	☐	☐	Trastornos hemorrágicos
20	☐	☐	Sarampión

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

	Sí	No	
21	☐	☐	Aspirina
22	☐	☐	Penicilina
23	☐	☐	Medicamentos de sulfamida (sulfonamidas)
24	☐	☐	Anestésico dental (novocaína)
25	☐	☐	Codeína
26	☐	☐	Analgesia con óxido nitroso (gas hilarante)
27	☐	☐	Tranquilizantes (Valium, Vistaril, Atarax)
28	☐	☐	Otros medicamentos (especifique): _____

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

Historial de higiene y flúoruro:

	Sí	No	
33	☐	☐	¿Usa su hijo/a agua potable fluorada?
34	☐	☐	¿Usa su familia crema dental fluorada?
35	☐	☐	¿Ha tenido su hijo/a aplicaciones anteriores de flúoruro tópico? De ser así, ¿cuándo? _____
36	☐	☐	¿Ha tomado su hijo/a algunas vitaminas o pastillas con flúoruro? De ser así, ¿cuándo? _____
37	☐	☐	¿Cepilla los dientes de su hijo/a?
38	☐	☐	¿Le sangran las encías a su hijo/a al cepillarse?

SOLO para pacientes mujeres:

	Sí	No	
39	☐	☐	¿Sabe si esta menor está embarazada? De ser así, dé la fecha probable de parto _____

NEVADA HEALTH CENTERS

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

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

_____

He leído 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/a, lo informaré al personal de la clínica en mi próxima cita.

Firma del paciente o del tutor: _____

Relación con el pacient: _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Health History Comments & Updates

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PROVIDER Signature: _____ **Date:** _____