Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental

ADA American Dental Association®
America's leading advocate for oral health

Nombre del Paciente (ÚLTIMA INICIAL / PRIMERA INICIAL)	Apodo	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Encargado	Parentesco/Relación con el Paciente	
Dirección (DIRECCIÓN POSTAL / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL)		
Teléfono (Casa / Trabajo)	Sexo M ❑ F ❑	

¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? ..... ❑ Sí ❑ No
1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre?
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.

Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?

❑ Anemia	❑ Huesos/Articulaciones	❑ Dolor de oídos	❑ Corazón	❑ Hígado	❑ Ataques epilépticos
❑ Artritis	❑ Cáncer	❑ Epilepsia	❑ Hepatitis	❑ Sarampión	❑ Anemia drepanocítica (drepanocitosis)
❑ Asma	❑ Parálisis Cerebral	❑ Desmayos	❑ VIH +/SIDA	❑ Mononucleosis	❑ Tiroides
❑ Vejiga	❑ Varicela	❑ Alteraciones del crecimiento	❑ Inmunizaciones (Vacunas)	❑ Paperas (parotiditis)	❑ Uso de tabaco/ drogas
❑ Alteraciones Hemorrágicas	❑ Sinusitis Crónica	❑ Oído	❑ Riñones	❑ Embarazo (adolescencia)	❑ Tuberculosis
	❑ Diabetes		❑ Alergia al látex	❑ Fiebre reumática	

Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño:

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Historia del Niño

		Sí	No
1.	¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____ Si es así, por favor haga una lista: _____	❑	❑
2.	¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	❑	❑
3.	¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	❑	❑
4.	Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____		
5.	¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Descríbala por favor: _____	❑	❑
6.	¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez?	❑	❑
7.	¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	❑	❑
8.	¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general?	❑	❑
9.	¿Tiene el niño alguna condición hereditaria?	❑	❑
10.	¿Tiene el niño algún defecto del habla?	❑	❑
11.	¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?	❑	❑
12.	¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional?	❑	❑
13.	¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta?	❑	❑
14.	¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente?	❑	❑
15.	¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	❑	❑
16.	¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado?	❑	❑
17.	¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez?	❑	❑
18.	¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes?	❑	❑
19.	¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes?	❑	❑
20.	¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?	❑	❑
21.	**¿Qué tipo de agua bebe su niño? ❑ Agua doméstica ❑ Agua de pozo ❑ Agua embotellada ❑ Agua filtrada**		
22.	**¿Toma el niño suplementos fluorados?**	❑	❑
23.	**¿Usa dentífricos fluorados?**	❑	❑
24.	¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	❑	❑
25.	¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete?	❑	❑
26.	¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad		
27.	¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas?	❑	❑

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado _____ Fecha _____

A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios _____

Sólo Para Uso de la Oficina: ❑ Alerta Médica ❑ Premedicación ❑ Alergias ❑ Anestesia Revisado por _____

Fecha _____

© Asociación Dental Americana, 2006
Formulario S503

Para pedir más copias llame al 1-800-947-4746
o pídalos online en el sitio web www.adacatalog.org