



HISTORIA MÉDICA

Información Demográfica

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Niño o Niña _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Madre/ Guardia _____ Número de teléfono _____ Celular _____

Nombre de su empleo _____ Número de su trabajo _____

Padre/ Guardia _____ Número de teléfono _____ Celular _____

Nombre de su empleo _____ Número de su trabajo _____

¿Quién tiene custodia legal del paciente? _____ Seguro dental: Sí _____ No _____

Nombre de su seguro dental _____ Número del grupo _____

Número de teléfono de su seguro dental _____

Persona responsable del pago de la cuenta _____ SS# _____

Fecha de nacimiento _____

A quién podemos agradecer le por referirlos a nuestra oficina? _____

¿Cuál es la razón de la visita dental de su niño/niña? _____

Historia De La Salud

Sí _____ No _____ ¿Está su niño en buena salud? Nombre del médico del niño: _____

Fecha del último examen médico? _____

Sí _____ No _____ ¿Su niño ha tenido un problema de salud? _____

Sí _____ No _____ ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido una enfermedad grave?

Por favor dé la razón y la fecha: _____

Sí _____ No _____ ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos o látex? _____

Sí___ No___ ¿Su niño está tomando medicaciones? Por favor dé la medicación, dosis,

Y razón: _____

Sí___ No___ ¿Había problemas en el nacimiento de su hijo/hija? _____

Compruebe por favor si han tratado a su niño para uno o más del siguiente:

Enfermedad Cardíaca___ Anemia_____ Enfermedad de Riñón_____

Enfermedad del Hígado___ Diabetes_____ Tumores, Cáncer_____

Transfusión de sangre___ Asma/Tuberculosis _____ SIDA_____

Hepatitis _____ Parálisis Cerebral_____ Discurso/La Audiencia_____

Fiebre Reumática_____ Asimientos_____ Defectos de Nacimiento Congénitos___

Lesiones Significativas___ Vista_____ Labio o Paladar de Hendidura_____

Infecciones Frecuentes___ Droga Adversa_____ Retardos Mentales_____

Retardos Físicos_____ Autismo_____ Desordenes de Sangre_____

Dolores de Cabeza Recurrentes_____ Endocrina o Problemas del Crecimiento_____

Otros Problemas _____

Historia Dental

Sí___ No___ ¿Su niño ha ido al dentista antes? Nombre del dentista y la fecha de la visita:

Sí___ No___ ¿Su niño a experimentado cualquier reacción desfavorable del cuidado dental anteriormente? Explique:

Sí___ No___ ¿Su niño aspira un dedo, un pulgar o un pacificador?_____

Sí___ No___ ¿Su niño tiene dolor con la masticación, bostezar, o la abertura amplia?_____

Sí___ No___ ¿La quijada de su niño hace ruido y el dolor se asocia a los sonidos?_____

Compruebe por favor si su niño está teniendo problemas con el siguiente un de los:

Caries___ Trauma___ Ortodoncia___ Dolor de muelas___ Quijada___

Dientes sensibles___ Color de dientes___ Infecciones de la goma___