

Historial médico de paciente nuevo

Nombre de paciente Test Test Fecha de nacimiento: 07/05/1935
Género de paciente Masculino Hembra Prefieren describir:
Nombre del padre o tutor: Relación con el paciente:
Seguro social del padre o tutor: Correo electrónico:
Domicilio Numero de telefono:
Ciudad, estado,
código postal
Persona Principal/Primario(a) del Seguro Compañía de seguros:
Dental: Identificación del número de seguro

Historia Dental

¿Es la primera visita de su hijo/a al dentista? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿como se siente su hijo/a cuando viene al dentista? Entusiasmado Nervioso Ansioso
 Otro:
Si la respuesta es no, ¿su hijo/a tiene algun problema relacionado a la boca o dientes? Sí No
Si la respuesta es sí, explique:
¿Cuándo fue su última visita al dentista?
¿Le hicieron radiografías o tomaron fotografías en su última visita? Sí No
¿Se ha observado alguna cavidad en el pasado? Sí No
¿Le hicieron una limpieza en su última visita dental? Sí No
Dentista anterior:
Número de teléfono del consultorio dental:
¿Su hijo está recibiendo algún tratamiento ortodóntico? Sí No
Nombre del ortodontista:
¿Su hijo/a come dulces y/o toma jugo? Sí No
¿Con qué frecuencia?
¿Su hijo usa un chupón y/o se chupa los dedos/el pulgar? Chupón Pulgar/dedos Ninguna de las dos cosas
¿Cuándo se cepilla su hijo los dientes? (Marque todas las respuestas que correspondan)
 En la mañana En la noche Después de las comidas
¿Ha sufrido alguna trauma en los dientes (caídas, roturas, etc.)? Sí No
Explique:
¿Tiene preguntas para el dentista o higienista?

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Su hijo tiene en la actualidad o tiene antecedentes de cualquiera de las siguientes enfermedades?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones, desmayos |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Exposición a humo de segunda mano |
| <input type="checkbox"/> TDA/THDA | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva |
| <input type="checkbox"/> Defecto(s) congénito(s) | <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Herpes/Cold Sores |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Infecciones |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Trastorno sensorial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades emocionales/mentales | <input type="checkbox"/> Trastorno pulmonar |

¿Su hijo/a tiene un problema de salud que no estea mencionado en la lista anterior? Sí No
Si la respuesta es sí, explique:

¿Se ha sometido su hijo/a a alguna cirugía? Sí No

¿Fecha(s) de la(s) cirugía(s)?

Nombre del pediatra/médico principal y/o especialistas:

Número de telefono del pediatra/especialista:

¿Cuál es el estado de vacunación de su hijo? Al día No está al día
 No puede vacunarse por motivos médicos No se ha vacunado por motivos personales o religiosos

Mencione todos los medicamentos/vitaminas que esté tomando su hijo:

¿Su hijo/a es alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Penicilina/amoxicilina | <input type="checkbox"/> Sulfamida/Bactrim | <input type="checkbox"/> Colorantes/saborizantes artificiales |
| <input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminophen | <input type="checkbox"/> Clindamicina | <input type="checkbox"/> Latex | |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al metales | |

Nombre y número/ubicación de su farmacia de preferencia:

Firma del
guardián

Fecha: Wednesday, September 18, 2024

Nombre del padre/madre/tutor: