



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico Primario: _____ Nombre de la Facilidad: _____ Fecha del último examen: _____

¿Está su niño(a) bajo tratamiento médico por un médico primario o un médico especialista? Si es así, por favor describa:

¿Ha estado su niño(a) hospitalizado, tenido alguna cirugía, o ha sido tratado en el departamento de emergencia? Si es así, por favor

explique: _____

¿ Le han dicho alguna vez que su niño(a) necesita tomar antibióticos u otro medicamento antes de un tratamiento dental? Si es así, por favor

explique: _____

Por favor liste todos los medicamentos con y sin prescripción que su niño(a) está tomando, incluyendo cualquier medicamento como

vitaminas o suplementos de hierbas:

¿Es su hijo(a) alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?:

	Si	No	Si es así, ¿cuál es la reacción?
Anestésicos Locales (ej. Lidocaína or Septocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilina/Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún metal (ej. níckel, mercurio, plata, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Goma Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tinturas Rojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias a Alimentos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Su niño(a) tiene o ha tenido lo siguiente?

	Yes	No	Si es así, por favor, explique:
Complicaciones antes de nacer, prematuro, condiciones hereditarias, síndromes o defectos de nacimiento (ej. Labio Leporino/paladar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides/amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apneas del sueño, ronca, respiración bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Defectos congénitos de corazón/enfermedades, soplo cardíaco, fiebre reumatoide, enfermedad cardíaca reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Latidos cardíacos irregulares o presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, jadeo, o problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ictericia, hepatitis, o problemas al hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reflujo ácido gastroesofágico (GERD), úlceras estomacales o problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas a la vejiga o riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sarpullido/urticaria, eczema o problemas a la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visión disminuida, problemas de proceso visual, de audición o problemas del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno del desarrollo, problemas de aprendizaje/ retrasos o discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Iniciales del Doctor Fecha

	Si	No	Si es así, explique:
Parálisis cerebral, lesión al cerebro, contusión, epilepsia, convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autismo/Trastorno del Espectro Autista o trastornos de integración sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hidrocefalia o colocación de una derivación (ventriculoperitoneal, ventriculoatrial, ventriculovenoso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno de déficit Atencional/hiperactividad (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas o tratamiento del comportamiento, emocional, comunicación, o problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes, hiperglicemia, or hipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pubertad precoz o problemas hormonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiroides o problemas de la pituitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia, anemia de células falciformes/rasgos, o trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemofilia, moretones con facilidad, sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transfusiones o recibe productos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer, tumor, u otra malignidad; quimioterapia, terapia de radiación, o trasplante de órgano o médula ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tabaco, vapor, marihuana, alcohol, otras drogas recreacionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Por favor liste cualquier otro historial médico significativo con relación a este niño(a) o a la familia de este niño(a) que el dentista debiera saber:

Historial Dental del Niño(a):

¿Cuál es su primera inquietud con relación a la salud dental de su niño(a)? _____

¿Qué tan a menudo se cepilla los dientes su niño(a) _____ veces por _____ ¿qué tan a menudo su niño(a) usa seda dental? Nunca Ocasionalmente a diario

¿Ayudan a su niño(a) a cepillarse los dientes? Si No ¿Qué pasta de dientes usa su niño(a)? _____

¿Ha sido su niño(a) examinado o tratado por otro dentista? Si No; Si es así, edad de la primera visita: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Ha tenido su niño(a) una cita dental difícil? Si No; Si es así, por favor describa: _____

¿Cómo cree usted que su niño(a) responderá hoy al tratamiento dental? Muy Bien Bastante bien Medio mal Muy mal

Cuestionario Nutricional:

¿Come su niño regularmente 3 veces al día? Si No

¿Es su niño(a) mañoso para comer? Si No Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene su niño(a) una dieta restringida o especial? Si No Si es así, por favor explique: _____

¿Qué tan a menudo su niño(a) come lo siguiente?:

Snacks entre horas de comida	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> 1-2/día	<input type="checkbox"/> 3+/día
Caramelos u otros dulces	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> 1-2/día	<input type="checkbox"/> 3+/día
Mastica chicle	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> 1-2/día	<input type="checkbox"/> 3+/día
Gaseosas u otras bebidas azucaradas incluyendo jugo, bebidas deportivas, bebidas energéticas	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> 1-2/día	<input type="checkbox"/> 3+/día

Autorización y Liberación

Certifico que he leído y entendido la información anterior lo mejor que puedo. Las preguntas anteriores fueron respondidas en forma exacta. Entiendo que si proveo información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a liberar cualquier información, incluyendo diagnóstico y archivos de cualquier tratamiento o examen rendido a mí o a mi menor durante el período de tal cuidado dental a terceras partes y/o practicantes de salud. Autorizo al proveedor dental a contactar a un médico. Autorizo y solicito que mi compañía aseguradora pague directamente al dentista o grupo dental que, de otra forma, se me pagaría a mí. Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la cuenta real por servicios. Yo me comprometo a ser responsable por el pago de todos los servicios rendidos a mí o a mis dependientes.

 Firma del Paciente (O padre/guardián si es un menor)

 Fecha