Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:

¿Tiene su niño un médico primario? No ☐ Si ☐ Médico Primario:

¿Dónde se localiza su médico?: Fecha del último examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su farmacia de preferencia? (nombre y dirección) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Médico del Niño**

¿Está su niño(a) bajo tratamiento con un doctor especialista? No ☐ Si ☐

¿Ha estado su niño(a) hospitalizado, tenido alguna cirugía, o ha sido tratado en el departamento de emergencias? No ☐ Si ☐

¿Le han dicho alguna vez que su niño(a) necesita tomar antibióticos u otro medicamento antes de un tratamiento dental? No ☐ Si ☐

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 niño alérgico o ha tenido alguna reacción alérgica a lo siguiente? Marque todas las que aplican

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anestésicos locales (ej. Lidocaína o Septocaína) | ☐ | Aspirina | ☐ |
| Penicilina/Amoxicilina | ☐ | Goma Látex | ☐ |
| Alimentos | ☐ | Tinturas rojas | ☐ |
| Otros Antibióticos (Incluyendo Sulfas) | ☐ | Cualquier metal (ej. Níquel, Mercurio, etc.) | ☐ |
| Otros Medicamentos | ☐ | Otras alergias | ☐ |
| Sedantes | ☐ | Ninguna | ☐ |

¿Tiene su niño(a) o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque todas las que aplican

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anemia, anemia de células falciformes/características o trastornos de la sangre | ☐ | Trastornos del Desarrollo, problemas de aprendizaje/retrasos o discapacidad intelectual | ☐ | Respiración bucal | ☐ |
| Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, jadeo, o problemas respiratorios | ☐ | Diabetes, hiperglicemia o hipoglicemia | ☐ | Pubertad precoz o problemas hormonales | ☐ |
| Trastornos de déficit atencional/hiperactividad (ADD/ADHD) | ☐ | Gastroesofágica/reflujo ácido, úlcera estomacal o problemas intestinales | ☐ | Sarpullido/urticaria, eczema o problemas a la piel | ☐ |
| Autismo/espectro de autismo trastornos de integración sensorial | ☐ | Soplo al corazón | ☐ | Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides/amígdalas | ☐ |
| Problemas/tratamiento de comportamiento, emocionales, de comunicación o psiquiátricos | ☐ | Hemofilia, hace hematomas con facilidad, sangrado excesivo | ☐ | Apneas del sueño | ☐ |
| Problemas a la vejiga o riñón | ☐ | Síndrome de inmunodeficiencia adquirido (VIH) | ☐ | Ronca | ☐ |
| Cáncer, tumor, u otra malignidad, quimioterapia de radiación, trasplante de médula u órgano | ☐ | Hidrocefalia o válvula (ventrículo peritoneal, ventrículo-atrial, ventrículo-venosa) | ☐ | Problemas de Tiroides o Pituitaria | ☐ |
| Parálisis cerebral, lesión cerebral, contusión, epilepsia, convulsiones | ☐ | Visión disminuida, problemas de proceso visual, de audición o problemas del habla | ☐ | Uso de tabaco, vapeo, marijuana, alcohol u otras drogas recreacionales | ☐ |
| Defectos congénitos de corazón/enfermedades, soplo cardíaco, fiebre reumatoide, enfermedad cardiaca reumatoide | ☐ | Latidos cardíacos cos irregulares o presión arterial alta | ☐ | Transfusiones o ha recibido productos sanguíneos | ☐ |
| Fibrosis Quística | ☐ | Ictericia, hepatitis o problemas al hígado | ☐ | Ninguno de los anteriores | ☐ |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Dental del Niño**

¿Cuál es su inquietud principal con relación a la salud dental de su niño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene su niño un historial de alguna de las siguientes condiciones?

* Características dentales heredadas No☐ Si ☐
* Heridas o ampollas en la boca No☐ Si ☐
* Mal olor bucal No☐ Si ☐
* Sangramiento de las encías No☐ Si ☐
* Caries en los dientes No☐ Si ☐
* Dolor de dientes No☐ Si ☐
* Lesión a los dientes, boca o mandíbula No☐ Si ☐
* Aprieta o hace rechinar los dientes No☐ Si ☐
* Problemas a la articulación de la mandíbula (ej. suena etc.) No☐ Si ☐
* Arcadas excesivas No☐ Si ☐
* ¿Hábito de succión después del año de edad? No☐ Si ☐ Cuál: Dedo ☐ Pulgar ☐ Chupete ☐ Otro ☐

¿Qué tan a menudo se cepilla los dientes su niño?

☐ Nunca

☐ Una vez al día

☐ Dos veces por día

☐ Tres veces al día

☐ Una vez por semana

☐ Cada varios días

¿Qué tan a menudo usa su niño la seda dental? Nunca☐ A diario ☐ Ocasionalmente ☐

¿Qué tipo de pasta dental usa su niño?

☐ Pasta dental con flúor

☐ Pasta dental sin flúor

☐ Pasta dental de entrenamiento

☐ No estoy seguro(a)

¿Ha sido su niño examinado o tratado por otro dentista? No☐ Si ☐

¿Cuándo fue la primera visita de su niño al dentista? (mes/año) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental (mes/año) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño alguna vez una cita dental difícil? No☐ Si ☐

¿Cómo cree usted que su niño responderá al tratamiento dental?

☐ Muy bien

☐ Más o menos

☐ Más o menos mal

☐ Muy mal

¿Come su niño regularmente 3 comidas al día? No☐ Si ☐ ¿ Es su niño mañoso para comer? No☐ Si ☐

¿Está su niño en una dieta especial/restringida? No☐ Si ☐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Qué tan a menudo su niño come lo siguiente?** | Rara vez | 1-2 por Día | 3 o más |
| Snacks entre las comidas | ☐ | ☐ | ☐ |
| Caramelos u otros dulces | ☐ | ☐ | ☐ |
| Goma de mascar (chicle) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gaseosas u otras Bebidas azucaradas (incluyendo Leche, jugo, bebidas deportivas y bebidas energizantes) | ☐ | ☐ | ☐ |