

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Guardián (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**Historia Médica**

¿Hay alguna condición médica del cual necesite tomar medicamento su hijo/a antes del tratamiento dental?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está tomando su hijo/a alguna medicina, vitamina, o suplemento natural? (indique cuales medicamentos toma su hijo/a por favor)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Su hijo/a es alérgico/a a los siguientes:						
Algún tipo de medicamento (incluyendo antibióticos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indique por favor:		Metales o acrílicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indique por favor:		
		Comida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha sido hospitalizado su niño/a alguna vez, ha tenido alguna enfermedad seria, o ha tenido alguna cirugía?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Razón y fecha del acontecimiento:						
¿Tiene su hijo/a alguna historia de lo siguiente?						
<b>Nacimiento</b>		<b>Musculoskeletal</b>		<b>Oncológico</b>		
Nacimiento premature	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cancer o tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Anormalidades congénitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas con los huesos o coyunturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiación o quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Abertura del labio y/o paladar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Enfermedades Infecciosas</b>		
<b>Cardiovascular</b>		<b>Dermatológico</b>		Sarampión, Paperas, Varicella	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Eczema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o salpullidos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Neurológico</b>		Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Respiratorio</b>		Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Auditivo y Visual</b>		
Asma o enfermedad reactiva respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones crónicas del oído		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infección respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alteración auditiva		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ronquido y apnea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas con la vista		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deseabilidad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Gastrointestinal</b>		Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Comportamiento</b>		
Anormalidades metabólicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Endocrino</b>		Retrasos en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Reflujo gastrointestinal (GERD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ADHD/hiperactividad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas alimenticios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estrés o ansiedad por razón de trauma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependencia al alcohol o sustancias químicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Hematológico/Inmunológico</b>		Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Genitourinaria</b>		Hemorragias o le salen moretones en la piel fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas con los riñones o vesicular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está su hijo/a bajo el cuidado médico de un especialista no incluyendo al médico pediatra del niño/a? (Indique por favor)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infecciones de la vía urinaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Embarazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia de Sickle Cell	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Enfermedades transmitidas sexualmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transfusiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anormalidades del bazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**Historia Dental**

Fecha de la última visita al odontólogo	
Fecha de las últimas radiografías dentales	
Trauma a los dientes o mandibular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Historia de dolor de los dientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Historia de infección dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su hijo/a la costumbre de? (chuparse el dedo, empujar los dientes con la lengua, rechinar los dientes, apretar los dientes, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted anticipa que va a cooperar su hijo/a en la cita de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

A mi parecer, todas las respuestas son verdaderas. Si mi hijo/a tiene algún cambio en su historia médica o en los medicamentos que toma, le informare al doctor en la próxima cita.

Firma del Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_