

## Historial Médico

Nombre de hijo(a): \_\_\_\_\_

<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Edad</i>
-----------------	---------------	----------------------------	-------------

Su hijo/a está viendo a un doctor por algún motivo:

No  Si- Explique: \_\_\_\_\_

<i>Nombre del Médico</i>	<i>Teléfono</i>
--------------------------	-----------------

Su hijo/a está tomando medicamentos?

No  Si-Lista de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha sido hospitalizado, sedado, o ha tenido alguna cirugía?

No  Si- Explique: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo/a alguna alergia a medicamentos, látex, comidas, etcétera?

No  Si- Explique: \_\_\_\_\_

Son necesarios antibióticos para hacer trabajo dental por defectos de corazón, prótesis, trasplante de órganos, u otro motivo médico?

No  Si – Explique: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene sus vacunas actualizadas? No Si

Si su hij@ tiene o ha tenido alguna de las condiciones en la lista, por favor marque "Si" abajo. Por favor explique alguna condición al doctor.

**Si No Condición**

- Atención Dispersa
- SIDA/HIV
- Asma
- Autismo/ Síndrome de Asperger
- Problemas de Comportamiento
- Defectos de Nacimiento
- Transfusión de Sangre
- Problemas de Hueso, Articulación, o Músculo
- Daño Cerebral
- Parálisis Cerebral
- Cáncer/Tumor
- Dependencia de Químicos
- Quimioterapia/ Radiación
- Varicela
- Abuso Infantil

**Si No Condición**

- Epilepsia/Desorden de Convulsión
- Condiciones Oculares/Discapacidad Visual
- Mujeres: Están Embarazadas?
- Mujeres: Están tomando anticonceptivos?
- Desorden/ Síndrome Genético
- Problemas Gastrointestinales
- Discapacidad Auditiva
- Cirugia/ Problemas Cardiacos
- Soplo de Corazón
- Hemofilia/ Problemas Hematológicos
- Hepatitis/Problemas de Hígado
- Problemas Renales
- Desorden Metabólicos
- Implantes Metálicos, Derivaciones, Tornillos
- Nacimiento Prematuro

## HISTORIAL DENTAL

**A quien le damos las gracias por recomendarnos?**

---

**Esta es la primera visita al dentista de su hijo/a? Si No**

*Dentista Previo*

*Fecha de última Visita*

*Fecha de últimas radiografías*

**Ha tenido su hijo/a alguna mala experiencia dental o medica?**

No Si- Explique:

---

**Su hijo/a ha tenido algún trauma dental previo?**

No Si- Explique:

---

**Le han dolido los dientes recientemente a su hijo/a?**

No Si- Explique:

---

**Su hijo/a tiene algún problema dental que requiera nuestra atención?**

No Si- Explique:

---

**Algún miembro de su familia ha tenido rellenos o caries?**

No Si- Explique:

---

### Hábitos Orales

**Cuantas veces se cepilla los dientes su hijo/a al dia?** \_\_\_\_\_

Usan pasta de dientes con fluoruro? No Si

Usan Hilo dental? No Si

Supervisan la cepillada de dientes? No Si

Uno de los padres hace la cepillada? No Si