

Nombre completo del niño: _____ Género: M F Sobrenombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono residencial: _____
Celular: _____ Correo electrónico: _____ Referido por: _____

Padre 1 Información Custodia Legal S N
Nombre _____
Ocupación _____
Empleador _____ Cuánto tiempo _____
Teléfono comercial _____
Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____

Padre 2 Información Custodia Legal S N
Nombre _____
Ocupación _____
Empleador _____ Cuánto tiempo _____
Teléfono comercial _____
Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____

Padre 3 Información Custodia Legal S N
Nombre _____
Ocupación _____
Empleador _____ Cuánto tiempo _____
Teléfono comercial _____
Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____

Seguro Dental
Suscriptor _____
Nombre del plan _____
Grupo # _____
Identificación # _____

Historia clínica

Nombre/dirección/teléfono del médico de cabecera: _____
Altura: _____ Peso: _____ Fecha del último examen físico: _____
Nombre/dirección/teléfono del especialista médico _____
¿Su hijo está siendo tratado por un médico en este momento? Razón S N
¿Su hijo está tomando algún medicamento (recetado o de venta libre), vitaminas o suplementos dietéticos?..... S N
Indique el nombre, dosis, frecuencia y fecha de inicio: _____
¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado, ha tenido una cirugía o una lesión significativa, o ha sido tratado en un departamento de emergencias?
Enumere la fecha y describa: _____
¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción o un problema con un anestésico? Describa: S N
¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción o alergia a un antibiótico, sedante u otro medicamento? Enliste S N
¿Su hijo es alérgico al látex o a cualquier otra cosa, como metales, acrílico o tinte? Enliste S N
¿Su hijo está al día con las vacunas contra las enfermedades infantiles? S N

Por favor, marque Sí si su hijo tiene un historial de las siguientes condiciones. Para cada "Sí", proporcione detalles en la caja al final de esta lista. Marque NO después de cada línea si ninguna de estas condiciones aplica para su hijo

- Complicaciones antes o durante el nacimiento, prematuridad, defectos de nacimiento, síndromes o afecciones hereditarias S N
- Problemas con el crecimiento o desarrollo físico S N
- Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides/amígdalas S N
- Apnea/ronquidos del sueño, respiración bucal o náuseas excesivas S N
- Defecto/enfermedad cardíaca congénita, soplo cardíaco, fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática S N
- Latidos cardíacos irregulares o presión arterial alta S N
- Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias o problemas respiratorios..... S N
- Fibrosis quística S N
- Resfriados o tos frecuentes, o neumonía S N
- Exposición frecuente al humo del tabaco S N
- Ictericia, hepatitis o problemas hepáticos S N
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico/ácido (ERGE), úlcera estomacal o problemas intestinales S N
- Intolerancia a la lactosa, alergias a alimentos, deficiencias nutricionales o restricciones dietéticas S N
- Diarrea prolongada, pérdida de peso involuntaria, preocupaciones con el peso o trastorno alimentario..... S N
- Problemas de vejiga o riñón S N

- Artritis, escoliosis, uso limitado de brazos o piernas, o problemas musculares/óseos/articulares..... S N
- Erupción cutánea/urticaria, eccema o problemas de la piel S N
- Deterioro de la visión, la audición o el habla..... S N
- Trastornos del desarrollo, problemas/retrasos en el aprendizaje o discapacidad intelectual S N
- Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones/ataques S N
- Autismo/trastorno del espectro autista S N
- Dolores de cabeza/migrañas recurrentes o frecuentes, desmayos o mareos S N
- Hidrocefalia o colocación de una derivación (ventriculoperitoneal, ventriculoauricular, ventriculovenosa) S N
- Trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDA/TDAH) S N
- Problemas/tratamiento conductuales, emocionales, de comunicación o psiquiátricos S N
- Abuso (físico, psicológico, emocional o sexual) o negligencia S N
- Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia S N
- Pubertad precoz o problemas hormonales S N
- Problemas de tiroides o hipófisis S N
- Anemia, enfermedad/rasgo de células falciformes o trastorno sanguíneo S N
- Hemofilia, moretones con facilidad o sangrado excesivo..... S N
- Transfusiones o recepción de productos sanguíneos S N
- Cáncer, tumor, otra neoplasia maligna, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea u órgano..... S N
- Mononucleosis, tuberculosis (TB), escarlatina, citomegalovirus (CMV), Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA), enfermedad de transmisión sexual (ETS) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA S N

Proporcione detalles aquí:

¿Hay algún otro historial médico significativo relacionado con este niño o su familia que se le debe decir al dentista?..... S N
 En caso afirmativo, describa _____

¿Cuál es su principal preocupación sobre la salud oral de su hijo? _____

¿Cómo la describiría: *(por favor, encierre en un círculo uno)*

La salud bucal de su hijo es:	Excelente	Buena	Regular	Mala	
¿Su salud bucal?	Excelente	Buena	Regular	Mala	
¿La salud bucal de sus otros hijos?	Excelente	Buena	Regular	Mala	No aplicable

¿Hay antecedentes familiares de caries? S N En caso afirmativo, indique todos los que correspondan: Madre Padre Hermano Hermana

¿Su hijo tiene antecedentes de alguno de los siguientes? Para cada respuesta SÍ, describa:

Características dentales heredadas. S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Dolor de muelas S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Llagas en la boca o ampollas de fiebre S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Lesión en los dientes, la boca o la mandíbula S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Mal aliento S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Apretar / rechinar los dientes. S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Sangrado de las encías S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Problemas en la articulación de la mandíbula <i>(estallido, etc.)</i> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Caries / dientes cariados S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Náuseas excesivas S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

¿Hubo hábito de succión después de un año de edad? S N En caso afirmativo, cuál: Dedo Pulgar Chupón Otro

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? _____ Veces al día _____ ¿Alguien ayuda a su hijo a cepillarse? S N

¿Con qué frecuencia su hijo usa hilo dental en los dientes? Nunca Ocasionalmente Diario ¿Alguien ayuda a su hijo a usar hilo dental? S N

¿Qué tipo de cepillo de dientes usa su hijo? Duro Medio Suave No estoy seguro

¿Qué pasta de dientes usa su hijo? _____

¿Cuál es la fuente de agua potable en casa? Suministro de la ciudad/comunidad Pozo privado Agua embotellada

¿Utiliza un filtro de agua en casa? En caso afirmativo, nombre el sistema de filtrado _____

Por favor, encierre en un círculo todas las fuentes de fluoruro que recibe su hijo:

Agua potable	Pasta de dientes	Enjuague de venta libre	Enjuague / gel recetado
Gotas/tabletas/vitaminas recetadas		Tratamiento con flúor en el consultorio dental	
Laca de flúor por pediatra/otro profesional		¿Usa un filtro de agua en casa?	

¿Su hijo come regularmente 3 comidas al día? S N

¿Su hijo está en una dieta especial o restringida? S N En caso afirmativo, describa: _____

¿Es su hijo un "quisquilloso con la comida"? S N En caso afirmativo, describa: _____

¿Su hijo tiene una dieta alta en azúcares o almidones? S N En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene alguna preocupación con respecto al peso de su hijo? S N

¿Con qué frecuencia tiene su hijo lo siguiente? *(por favor, encierre en un círculo uno)*

Caramelos u otros dulces	Rara vez	1-2 veces/día	3 o más veces/día
Masticar chicle	Rara vez	1-2 veces/día	3 o más veces/día
Bocadillos entre comidas	Rara vez	1-2 veces/día	3 o más veces/día
Bebidas ligeras*	Rara vez	1-2 veces/día	3 o más veces/día

Producto _____
Tipo _____
Bocadillo habitual _____
Producto _____

(*Como jugos, bebidas con sabor a frutas, refrescos, refrescos de cola, bebidas carbonatadas, bebidas endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energéticas)

¿Su hijo participa en algún deporte o actividad similar? S N En caso afirmativo, enliste: _____

¿Su hijo usa un protector bucal durante estas actividades? S N En caso afirmativo, escriba: _____

¿Su hijo ha sido examinado o tratado por otro dentista? S N

En caso afirmativo: Fecha de la primera visita: _____ Fecha de la última visita: _____ Motivo de la última visita: _____

¿Se tomaron radiografías de los dientes o las mandíbulas? S N Fecha de las radiografías dentales más recientes: _____

¿Alguna vez su hijo ha recibido tratamiento de ortodoncia (aparatos ortopédicos, espaciadores u otros aparatos)? S N

En caso afirmativo, cuando: _____

¿Alguna vez su hijo ha tenido una cita dental difícil? S N En caso afirmativo, describa: _____

¿Cómo espera que su hijo responda al tratamiento dental? Muy bien Bastante bien Algo mal Muy mal

¿Hay algún otro cambio en los antecedentes médicos, dentales o familiares del niño que se le deba informar al dentista? S N

Describa: _____

Firma del padre/tutor

Relación con el niño

Firma del historial de revisión del funcionario

Fecha