

HISTORIAL DEL NIÑO (A)

Estas preguntas son importantes para obtener la información adecuada para darle el mejor cuidado posible a su hijo(a)

Información General

Nombre del Paciente: _____ **Apodo:** _____

Favor de describir la Personalidad/Temperamento del Paciente: _____

Información Dental

Dentista familiar: _____ # de Teléfono: _____

Fecha del ultimo examen dental, limpieza, o rayos x: _____

Su hijo(a) ha tenido historia de: chupón chuparse el dedo morderse los labios otro _____

¿Su hijo(a) toma gotas o pastillas de fluoruro? Si No

¿Tomo su hijo(a) biberón o pecho durante toda la noche? Si No

Información Médica

Medico del paciente: _____ # de Teléfono: _____

Fecha de su ultimo examen físico: _____

Su hijo(a) ha tenido historia de:

¿Cirugías? Si No De que tipo: _____

¿Medicamentos actuales? Si No Anote que tipo y las dosis: _____

¿Alérgico a algún medicamento o al látex? Si No Anote: _____

¿Esta al corriente con sus vacunas? Si No

Favor de circular si su hijo(a) ha tenido historia de lo siguiente:

- | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|
| Problemas de corazón soplos | Epilepsia, convulsiones, desmayos | Tuberculosis (TB) |
| Asma | Retraso mental | Problemas gastrointestinales |
| Desordenes sanguíneos | Problemas de comportamiento/emocionales | Problemas de tiroides |
| Transfusión sanguínea | Artritis | Problemas de la vista u oído |
| Diabetes | Desordenes de los músculos/motores | Retraso del habla |
| Enfermedades del hígado | Cáncer o tumores | Uso de tabaco |
| Enfermedades renales | HIV/SIDA | Dependencia química |
| | | Nacimiento prematuro (¿Semanas? ___) |

Solo para mujeres: ¿Existe alguna posibilidad de embarazo? Si No ¿Toma anticonceptivos? Si No

¿Su hijo(a) es adoptado? Si No ¿El (ella) lo sabe? Si No

¿Su hijo(a) tiene algún otro asunto medico o necesidad especial? Si No Anote: _____

Firma del Padre /Guardián: _____ **Fecha:** _____

Solo para uso de la Oficina

Actualización de la Historia Médica

Fecha: _____ Comentarios: _____	Fecha: _____ Comentarios: _____
Firma del padre: _____	Firma del padre: _____
Fecha: _____ Comentarios: _____	Fecha: _____ Comentarios: _____
Firma del padre: _____	Firma del padre: _____
Fecha: _____ Comentarios: _____	Fecha: _____ Comentarios: _____
Firma del padre: _____	Firma del padre: _____
Fecha: _____ Comentarios: _____	Fecha: _____ Comentarios: _____
Firma del padre: _____	Firma del padre: _____
Fecha: _____ Comentarios: _____	Fecha: _____ Comentarios: _____
Firma del padre: _____	Firma del padre: _____