

HISTORIA DENTAL

MASCULINO FEMENINO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

DIRECCION: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEPHONO: _____

¿Como se enteró de nosotros? _____

TIENE SU HIJO/A UN HISTORIA DE LO SIGUIENTE:

TOMA CON TETERA/PEHCO CHUPON SE CHUPA EL DEDO RECHINA LOS DIENTES

HISTORIA MEDICA

Nombre del pediatra de su hijo/a: _____ Teléfono: _____

¿Actualmente está tomando algún tipo de medicamento? Si No

¿Si la respuesta es “si” que medicamento? _____

¿Es alérgico a algún tipo de medicamento o sustancia? Si No

Aspirina Penicilina Látex Comida Metales/Acrílicos Otro: _____

FAVOR DE CONTESTAR TODO LO SIGUIENTE:

AIDS/VIH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PARALIS CEREBRAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE CRECIMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS ORTOPEDICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ANEMIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SOPLO DE CORAZON/ PROBLEMAS DE CORAZON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	USO DE TABACO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASMA/PROBLEMAS RESPIRATORIOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ABUSO INFANTIL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HEPATITIS/ ENFERMIDAD DEL HIGADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AUTISMO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ADENOIEDAD CRONICO/PROBLEMAS ANIGALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALTA PRESION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ULCERA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ARTRITIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PALADAR HENDIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONDICIONES DE VEJIGA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DIABETES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ADHD (DESORDEN DEFICIT HIPERACTIVO) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESARROLLODO RETRASADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DEL RINON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESABILIDADES/ NECECIDADES ESPECIALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DEFECTO DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	USO DE DROGAS O ALCHOL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LEUCEMIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE DISCURSO Y AUDIENCIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DANO CERBRAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DISTRUBIO EMOCIONAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANEMIA FALCIFORME <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONVULSIONES/ ATAQUES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SANGRAMIENTO/ PROBLEMAS DE COAGULACION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESMAYO/MAREOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TUMORES/ CRECIMENTOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CANCER <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AMPOLLAS DE FIEBRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROTESIS/CLAVOS COYUNTURA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PSIQUIATRICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si contesta “Si” a alguna pregunta favor de explicar:

PRIMERA VISITA

FIRMA DE GUARDIAN: _____ FECHA: _____

FIRMA DE DENTISTA: _____ FECHA: _____

Visitas adicionales asegurando que se ha revisado el historial médico y a indicado cualquier cambio.

FIRMA DE GUARDIAN: _____ FECHA: _____

FIRMA DE DENTISTA: _____ FECHA: _____

FIRMA DE GUARDIAN: _____ FECHA: _____

FIRMA DE DENTISTA: _____ FECHA: _____

FIRMA DE GUARDIAN: _____ FECHA: _____

FIRMA DE DENTISTA: _____ FECHA: _____

FIRMA DE GUARDIAN: _____ FECHA: _____

FIRMA DE DENTISTA: _____ FECHA: _____

