

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la persona completando esta información: _____ Relación con el paciente: _____

Por favor, circule sus respuestas de las preguntas a continuación (Sí, NO, NS (no sé)) para indicar si el paciente ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL:

- SÍ NO NS** ¿Tiene su hijo algún problema de salud?
- SÍ NO NS** ¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico? Si responde sí, indicar la razón _____
- SÍ NO NS** ¿Su niño ha tenido alguna enfermedad grave, operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?
En caso afirmativo, ¿Hace cuánto tiempo?
 0-6 meses 6-12 meses 1-2 años Más de 2 años
Especificar por favor: _____
- SÍ NO NS** ¿Alguna vez su hijo ha tenido terapia de radiación o quimioterapia debido a un crecimiento, tumor u otra condición?
 Radiación explicar: _____ Quimioterapia explicar: _____

Lista del médico – Por favor, enumere todos los médicos especialistas que su niño ve (incluyendo el proveedor de cuidado primario)

Nombre	Ciudad	Centro médico	Tipo de especialidad

HISTORIA PRENATAL/NATAL (solamente 5 años de edad y menor):

- SÍ NO NS** ¿Ha tenido la madre algún problema durante el embarazo o al dar a luz?
En caso afirmativo, explicar por favor: _____
- SÍ NO NS** ¿Ha tomado la madre algún medicamento durante el embarazo?
En caso afirmativo, explicar por favor: _____
- SÍ NO NS** ¿Ha sido prematuro el nacimiento del niño?
En caso afirmativo, explicar por favor: _____
- SÍ NO NS** ¿Ha habido algún problema con el niño durante el parto?
En caso afirmativo, explicar por favor: _____
- SÍ NO NS** ¿Ha tomado el niño algún medicamento durante su primer año de vida?
En caso afirmativo, explicar por favor: _____

ADOLESCENTES (mayores de 12 años de edad):

- SÍ NO NS** ¿Su hijo consume actualmente o ha consumido anteriormente tabaco (fumar, cigarrillos electrónicos, rapé, masticar, “bidis”)?
(Especificar): Pasado Actualmente Tipo: _____
- SÍ NO NS** ¿Su hijo bebe bebidas alcohólicas?
- SÍ NO NS** ¿Su hijo toma medicamentos recetados, consume drogas u otras sustancias con fines recreativos?
(Especificar): Pasado Actualmente Tipo: _____

SOLAMENTE ADOLESCENTES DE SEXO FEMENINO (12 años de edad y mayores):

- SÍ NO NS** ¿Está o podría Ud. estar embarazada? Si usted está embarazada, ¿de cuántas semanas?:
- SÍ NO NS** ¿Está Ud. amamantando?
- SÍ NO NS** ¿Está Ud. tomando píldoras anticonceptivas?

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Blood Pressure: _____/_____ Patient’s height in Feet: _____ Inches: _____ Patient’s weight: _____

HISTORIA DENTAL PEDIÁTRICA



College of Dentistry
and Dental Clinics

Department of
Pediatric Dentistry

MOTIVO DE LA VISITA:

Circule todas las razones por las que busca cuidado dental para su hijo (Circule las que apliquen)

EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA SEGUNDA OPINION
OTRA RAZON: _____

ANTERIOR TRATAMIENTO DENTAL:

- SÍ NO NS ¿Ha visitado su niño al dentista antes? **Si la respuesta es afirmativa; ¿a quién?** _____
En caso afirmativo, ¿Cuándo fue el último examen? **0-6 meses 6-12 meses 1-2 años > 2 años**
En caso afirmativo, ¿Cuándo fueron realizados los últimos rayos x dentales? **0-6 meses 6-12 meses 1-2 años > 2 años**
En caso afirmativo, ¿Cuándo fue la última limpieza dental? **0-6 meses 6-12 meses 1-2 años > 2 años**
- SÍ NO NS ¿Ha tenido su hijo alguna vez tratamiento de ortodoncia (frenos)?
SÍ NO NS ¿Ha tenido su hijo algún problema asociado al tratamiento dental en el posodo?
En caso afirmativo, especificar _____

PROBLEMAS DENTALES:

- SÍ NO NS ¿Está su hijo experimentando dolor o malestar dental actualmente?
SÍ NO NS ¿El dolor dental impide a su hijo de realizar cualquiera de las siguientes actividades? **(Circule las que apliquen)**
COMER BEBER DORMIR REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS (es decir, ir a la escuela)
SÍ NO NS ¿Tiene los dientes de su niño sensibilidad al frío, al calor, dulces o presión? **(Circule las que apliquen)**
FRÍO CALOR DULCES PRESIÓN
SÍ NO NS ¿Tiene su hijo problemas en la mandíbula? **(Circule las que apliquen)**
CHASQUIDO CHIRRIDO INCOMODIDAD LIMITADA APERTURA
SÍ NO NS ¿Ha tenido su hijo alguna vez alguna lesión en la cara, la mandíbula o los dientes?
En caso afirmativo, especificar _____
SÍ NO NS ¿Están ud o su hijo disconformes con la sonrisa o el aspecto de sus dientes?
SÍ NO NS ¿Su miedo ha hecho que sea difícil para su hijo recibir tratamiento dental?
SÍ NO NS ¿Tiene alguna preocupación con respecto al tratamiento dental de su hijo o de los materiales dentales utilizados para el tratamiento?
En caso afirmativo, especificar _____

HÁBITOS ORALES:

- SÍ NO NS ¿Su hijo tiene el hábito de chuparse el dedo o usar chupete? (Especificar): **DEDO DEDO PULGAR CHUPETE**
SÍ NO NS ¿Su hijo aprieta o rechina sus dientes? (Especificar): **APRIETA LOS DIENTES RECHINA LOS DIENTES AMBOS**
SÍ NO NS ¿Su hijo mastica hielo u otros objetos? (Especificar): **HIELO OBJETOS AMBOS**
SÍ NO NS ¿Su hijo tiene cualquier otro hábito oral? **En caso afirmativo, especificar:** _____

HISTORIA DENTAL FAMILIAR:

- SÍ NO NS ¿Su niño tiene hermanos con caries no tratadas?
SÍ NO NS ¿Cualquiera de los padres en la actualidad tiene caries no tratadas?