

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**El cuestionario de  
salud en odontología  
pediátrica**

Nombre de la persona que rellena el cuestionario: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

El Colegio de Odontología en La Universidad de Iowa solicita esta información para proveer una evaluación completa y comprensiva de las necesidades dentales de su niño/a. Ninguna persona fuera de la universidad recibirá esta información a menos que sean autorizado por Ud. o la ley la requiere. La falta de proveer la información solicitada restringirá nuestra habilidad de evaluar las necesidades de su niño/a y puede resultar en el despido de su niño/a como paciente en el Colegio.

**Historia Médica**

Por favor indicar la respuesta correspondiente:

- |           |           |  |
|-----------|-----------|--|
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | 1. ¿Su niño/a tiene algún problema de salud?                       |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | 2. ¿Ha cambiado algo en la historia de su niño/a en el último año? |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | 3. ¿Es su niño/a bajo el tratamiento médico ahora?                 |
- Si es así, para qué? \_\_\_\_\_

4. ¿Su niño/a tiene (o ha tenido/a) algunas de las condiciones siguientes?

SÍ	NO	Alergias	SÍ	NO	Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. La aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Los metales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. La codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. La penicilina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. El anestésico dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. La tetraciclina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. La eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Otra _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Látex			_____

SÍ	NO	Condición	SÍ	NO	Condición	SÍ	NO	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Sangrar anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z. Cirugía de la cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pp. Trastornos neurológicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. TDAH/TDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aa. Desvanecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	qq. Desorden obsesivo compulsivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bb. Ampollas de fiebre/aftas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rr. Trastorno de desafío a oposición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cc. Frecuente dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ss. Trastorno generalizado del desarrollo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dd. Deficiencias auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tt. Problemas psiquiátricos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Espectro de autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ee. Presión de sangre alta/baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uu. Terapia de radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Enfermedad hematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ff. VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vv. Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gg. Murmullo del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ww. Fiebre reumático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hh. Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	xx. Alergias temporales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ii. Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	yy. Ataques de apoplejía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jj. Hepatitis A, B or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zz. Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kk. Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaa. Problemas del seno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ll. Deficiencia de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bbb. Stroke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mm. Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ccc. Problemas de los tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. Dificultad de respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nn. Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ddd. Ulceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oo. Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eee. Desorden visual

SÍ	NO	Adolescentes (Si tiene más que 12 años)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fff. Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ggg. Abuso de drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hhh. Usa tabaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iii. Enfermedad transmitida sexualmente

SÍ	NO	Mujeres adolescentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jjj. ¿Ud. usa pastillas anticonceptivas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kkk. ¿Está embarazada? Si es así, # de semanas: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lll. ¿Ud. esta lactando?

**Sí**    **No**    5. ¿Se ha hospitalizado su niño o ha tenido alguna cirugía?  
Describe por favor:

**Sí**    **No**    6. ¿Si ha tenido cirugía su niño, había algunas complicaciones de la recuperación o el anestésico?  
Describe por favor:

**Sí**    **No**    7. ¿Su niño tiene alguna enfermedad, condición, o síndrome que no estaba mencionado anteriormente?  
Describe por favor:

**Sí**    **No**    8. ¿Su niño tiene algún síndrome sin diagnóstico?  
Describe por favor:

**Lista de medico (Por favor ponga los médicos que cuida a su niño y cualquier especialistas)**

Nombre	Ciudad	Centro medico	Tipo de cuidado
--------	--------	---------------	-----------------

**Historia Dental**

1. ¿Qué es la razón que busca el tratamiento dental para su niño/a?

**Sí**    **No**    2. ¿Actualmente, tiene algún dolor o incomodidad su niño/a?

**Sí**    **No**    3. ¿Ud. tiene alguna preocupación en respecta al tratamiento dental o los materiales dentales usado a tratar su niño?

**Sí**    **No**    4. ¿Su niño ha tenido chequeos con regularidad?

5. ¿Hace cuánto tiempo era la última cita? \_\_\_\_\_ Por quién? \_\_\_\_\_

**Sí**    **No**    6. ¿Su niño/a ha tenido algún problema asociado con el tratamiento dental previo?  
Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Sí**    **No**    7. ¿Algunas heridas a la cara, la mandíbula, o los dientes?

**Sí**    **No**    8. ¿Ud. o su niño son infelices con la apariencia de los dientes?

**Sí**    **No**    9. ¿Jamás el temor ha prevenido de ver a un/a dentista?

10. Circulo los tipos de tratamiento de dental que ha recibido su niño/a:

- |                        |                           |                             |
|------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| a. Limpiezas           | d. Radiografías (rayos X) | g. Tratamientos de fluoruro |
| b. Empastes            | e. Coronas                | h. Tratamientos del nervio  |
| c. Ortodoncia (frenos) | f. Cirugía Oral           | i. Blanqueando              |



