



6

¿Por qué viene el(la) niño(a) hoy al dentista?

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el(la) niño(a) algún problema asociado con trabajo dental previo?  Si  No

¿Toma el(la) niño(a) agua con fluoruro?  Si  No

¿Toma el(la) niño(a) suplementos con fluoruro?  Si  No

¿Ha sentido alguna vez el(la) niño(a) dolor / sensibilidad en la articulación de la mandíbula (TMJ)?  Si  No

¿Se cepilla el(la) niño(a) los dientes diariamente?  Si  No  
¿Cuántas veces al día? \_\_\_\_\_

¿Usa el(la) niño(a) hilo dental todos los días?  Si  No

Nombre del médico de familia: \_\_\_\_\_

Num. Teléfono: \_\_\_\_\_ Última cita: \_\_\_\_\_

¿Está el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algún médico?  Si  No

Por favor, describa la salud física del niño(a):  
 Excelente  Normal  Pobre

Por favor, enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) esté tomando ahora: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los medicamentos a los cuales el(la) niño(a) es alérgico: \_\_\_\_\_

7

¿Ha padecido o padece el(la) niño(a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangra Anormalmente           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alguna Incapacidad                    |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a alguna Droga        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de los Oídos                |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha sido Hospitalizado         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo                                 |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha tenido alguna Operación    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia                             |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma                          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis                             |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA ("HIV")                          |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Defecto Congénito del Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del Hígado / Riñones        |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Convulsiones / Epilepsia      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB)                     |

Por favor, describa cualquier problema médico que este(a) niño(a) haya padecido: \_\_\_\_\_

8

Tiene el(la) niño(a) alguno de los siguientes Hábitos:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se chupa el dedo / los dedos    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se come las uñas |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se chupa / se muerde los labios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usa Biberón      |

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

9

A mi mejor entender, la información dada es correcta. Entiendo también que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño(a) \_\_\_\_\_

Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento al niño(a).

Firma del Padre / Madre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El pariente o tutor que acompaña el(la) niño(a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado otro convenio.**

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

He revisado verbalmente la información médica / dental con el padre / la madre / tutor o paciente nombrado(a).

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios del Dentista: \_\_\_\_\_

Cambios en el historial médico

1. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_