



5712 PIRRONE RD, SALIDA, CA 95368

Nombre del paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Peso: _____ Estatura: _____ Sexo: M / F

de Expediente: _____

Historia Medica

¿Hay alguna condición médica del cual necesite tomar medicamento su hijo/a antes del tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
¿Está tomando su hijo/a alguna medicina, vitamina, o suplemento natural? (indique cuales medicamentos toma su hijo/a por favor)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N

ALERGIAS: Su hijo/a es alérgico a lo siguiente:

Algún tipo de medicamento (incluyendo antibióticos)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Látex	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Otro: (indique por favor)
		Metales o acrílicos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
		Comida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	

¿Ha sido hospitalizado su hijo/a alguna vez, ha tenido alguna enfermedad seria, o ha tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
---	--

¿Tiene su hijo/a alguna historia de lo siguiente?

NACIMIENTO		MUSCULOSKELETAL		ONCOLOGICO	
Nacimiento Prematuro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Artritis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Anormalidades Congénitas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Problemas con los huesos o coyunturas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Radiación o quimioterapia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Labio Leporino / Paladar Hendido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
CARDIOVASCULAR		DERMATOLOGICO		ENFERMEADES INFECCIOSAS	
Defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Eczema	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Sarampión, Paperas, Varicela	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Ronchas o salpullidos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	NEUROLOGICO		Mononucleosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Hepatitis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
RESPIRATORIO		Convulsiones o Epilepsia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Asma o enfermedad reactiva respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	AUDITIVO Y VISUAL	
Infección respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Ronquido y/o Apnea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Discapacidad Mental	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Alteración Auditiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Problemas con la vista	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
GASTROINTESTINAL		ENDOCRINO		COMPORTAMIENTO	
Anormalidades metabólicas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Reflujo Gastrointestinal (GERD)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Autismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Úlceras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	ADHD/ Hiperactividad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Problemas alimenticios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Estrés o ansiedad por trauma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	HEMATOLOGICO / IMMUNOLOGICO		Dependencia de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Hemorragias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
GENITOURINARIA		Hemofilia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Problemas con los riñones o vesicular	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	¿Esta su hijo/a bajo el cuidado médico de un especialista no incluyendo al médico pediatra del niño/a? (Indique por favor)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Infecciones de la vía urinaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N		
Embarazo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Transfusiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N		
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	Anormalidades del bazo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N		
Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N		
		Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N		

HISTORIA DENTAL

Fecha de última visita al dentista: _____	Fecha de las últimas radiografías dentales: _____
¿Ha sufrido trauma a los dientes o mandibular?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
¿ Historia de dolor de los dientes?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
¿ Historia de infección dental?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
¿ Tiene su hijo/a la costumbre de: (chuparse el dedo, empujar los dientes con la lengua, rechinar los dientes, apretar los dientes, etc)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N

A mi parecer, todas las respuestas son verdaderas. Si mi hijo/a tiene algún cambio en su historia médica o los medicamentos que toma, le informare al doctor en la próxima cita.

Firma del padre (tutor legal): _____

Date: _____