

Gracias por escoger AC Pediatrics para el cuidado dental de su hijo/hija. Por favor llene este formulario completamente el cual nos ayuda a entender y cuidar a su hijo/hija mejor. Déjenos saber si usted tiene alguna pregunta o si necesita ayuda.

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

Fecha de Nacimiento/Numero de Identidad \_\_\_\_\_

### Historial Dental

¿Cuál es la razón para la visita de hoy? \_\_\_\_\_

¿Es esta la primera visita de su hijo/hija al dentista?  Si  No ¿Si no, cuando fue la última visita dental? \_\_\_\_\_

¿Dentista anterior, si hubo? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Le han hecho radiografías anteriormente?  Si  No

¿Ha tenido alguna lesión en la boca, cabeza o los dientes?  Si  No Dónde? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema con el tratamiento dental en el pasado?  Si  No

¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia?  Si  No

¿Qué tipo de agua bebe su hijo/hija?  Ciudad  Pozo  Embotellada  Filtrada

¿Ha recibido tratamiento de fluoruro?  Si  No ¿Si es afirmativo, a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se cepillan los dientes al día? \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

¿El niño/niña chupaba su pulgar, dedos o chupete?  Si  No ¿Sigue haciéndolo?  Si  No

¿A qué edad dejo de alimentarse con el biberón? \_\_\_\_\_ ¿El niño/niña rechina sus dientes?  Si  No

Por favor, describa el temperamento de su niño/niña:

<input type="checkbox"/> Amigable	<input type="checkbox"/> Hablador	<input type="checkbox"/> Callado/Tímido	<input type="checkbox"/> Rebelde	<input type="checkbox"/> Nervioso	<input type="checkbox"/> Activo
<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Agresivo	<input type="checkbox"/> Terco	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> Obstinado	<input type="checkbox"/> Llorón

### Historial Medico

¿Su hijo/hija tomar alguna medicina?  Si  No

Si toma medicinas, escríbalas \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento?  Si  No

Liste los medicamentos \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a los alimentos o materiales?  Si  No

Listo tipo de alergias \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado?  Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Razón? \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez como paciente en la sala de emergencias?  Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Razón? \_\_\_\_\_

¿Ha usado anestesia general?  Si  No

¿Alguna complicación con la anestesia?  Si  No Si hubo complicaciones, explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo/hija tenido algún antecedente o ha sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Alergias/fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Déficit de atención
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Artritis/ Reumatismo	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Válvula del corazón	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Miembros artificiales	<input type="checkbox"/> Labio Leporino	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Problemas digestivos
<input type="checkbox"/> Desmayarse	<input type="checkbox"/> Epilepsia/infarto cardíaco	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Problemas de Audición
<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sangramiento	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Derivación	<input type="checkbox"/> Alta/Baja presión
<input type="checkbox"/> SIDA/AIDS	<input type="checkbox"/> lesión cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñones	<input type="checkbox"/> Tétano	<input type="checkbox"/> Problemas hormonales
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Cirugía del cerebro	<input type="checkbox"/> Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Hipertermia maligna
<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Retardación mental	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/> Tos ferina
<input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____		<input type="checkbox"/> Otros _____		

Nombre del Pediatra/Medico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de los Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

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