

## Actualización de la Historia Médica / Dental

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_

### Desde la ultima visita a nuestra oficina:

¿Ha sido su hijo atendido por un médico en los últimos 6 meses? ¿Razón? \_\_\_\_\_  Si  No

Médico especialista \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ultima visita \_\_\_\_\_

¿Está tomando su hijo alguna medicina de prescripción o comprada en la tienda, vitaminas o suplemento alimenticio?

Si  No

En caso afirmativo, mencione dosis, frecuencia y ¿cuando comenzó? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo hospitalizado, ha tenido cirugía o ha sido tratado en la sala de emergencia?  Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo algún problema o reacción a la anestesia?  Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguna reacción alérgica a antibiótico, sedativo u otro medicamento?  Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Es su hijo alérgico al látex que se encuentra en los guantes, o alérgico a metales, acrílicos o colorantes?  Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios en la situación familiar, en el hogar o en la rutina escolar?  Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Cuál es la preocupación principal sobre la salud oral de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Se ha quejado su hijo de dolor de diente? ¿Ha sufrido su hijo algún trauma en la boca, los dientes, o la mandíbula?

Si  No Describe \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio significativo en la dieta de su hijo(a)?  Si  No Describe \_\_\_\_\_

¿Ha visitado su hijo(a) otro especialista dental?  Si  No Razón \_\_\_\_\_

¿Existe algún otro cambio en la historia médica, dental o familiar del niño que quiera informar el dentista?  Si  No

Describe \_\_\_\_\_

Signature of parent / legal guardian \_\_\_\_\_ Relationship to patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_