

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

Describa _____

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

Describa _____

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

Describa _____

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

Describa _____

¿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 Describa _____

¿Ha habido algún cambio significativo en la dieta de su hijo(a)? Si No Describa _____

¿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

Describa _____

Signature of parent / legal guardian _____ Relationship to patient _____ Date _____