

Historia Médica – Primera Visita

Nombre legal del paciente: _____
 Sexo al nacer: M F
 Médico primario _____
 Médico especialista _____

Sobrenombre: _____
 Identificación sexual _____
 Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Raza/etnia _____
 Última visita _____
 Última visita _____

- ¿Ha sido su hijo atendido por un médico en los últimos 6 meses? ¿Razón? _____ Si No
 ¿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 la comenzó _____
 ¿Ha sido su hijo hospitalizado, ha tenido cirugía o ha sido tratado en la sala de emergencia? Cuando _____ Si No
 ¿Ha tenido su hijo algún problema con la anestesia? Describa _____ Si No
 ¿Ha tenido su hijo alguna reacción alérgica a antibiótico, sedativo u otro medicamento? _____ Si No
 ¿Es su hijo alérgico al látex que se encuentra en los guantes, o alérgico a metales, acrílicos o colorantes? Si No
 ¿Tiene su hijo todas las vacunas vigentes? Si No
 ¿Esta su hijo vacunado contra el virus del papiloma humano? Si No

Por cada "Si" que indique por favor describa en la sección al final de esta lista.

- ¿Tuvo su hijo complicaciones al nacer, prematuro, defectos congénitos o síndromes? Si No
 ¿Tuvo problemas de retardo de crecimiento o desarrollo? Si No
 ¿Padece su hijo de sinusitis, infección de adenoides/ de amígdalas? Si No
 ¿Sufre su hijo de apnea del sueño, ronca, respira por la boca o sufre de muchas ganas de vomitar? Si No
 ¿Sufre su hijo de algún defecto congénito del corazón, soplo cardíaco, fiebre reumática? Si No
 ¿Pulsaciones irregulares del corazón o presión arterial alta? Si No
 ¿Asma, enfermedad reactiva de las vías aéreas, pitido al respirar, problemas al respirar? Si No
 ¿Fibrosis quística? Si No
 ¿Frecuentes resfriados, tos, o neumonía? Si No
 ¿Frecuente exposición al humo del cigarrillo? Si No
 ¿Ictericia, hepatitis o problemas del hígado? Si No
 ¿Regurgitación gástrica, (GERD), úlceras estomacales o problemas intestinales? Si No
 ¿Intolerancia a la lactosa, alergias he alimentos, deficiencias nutricionales, restricciones alimenticias? Si No
 ¿Diarrea prolongada, pérdida de peso espontanea, preocupación con el peso, bulimia o anorexia? Si No
 ¿Problemas en el riñón? Si No
 ¿Deficiencia en el desarrollo de motricidad fina, artritis, uso limitado de brazos y piernas, escoliosis? Si No
 ¿Problemas de sarpullido en la piel, eccema? Si No
 ¿Problemas en la vista, en la audición, o en el lenguaje? Si No
 ¿Problemas en el desarrollo intelectual, problemas de aprendizaje, retardo mental? Si No
 ¿Parálisis cerebral, trauma a el cerebro, epilepsia, convulsiones? Si No
 ¿Autismo, o espectro de autismo? Si No
 ¿Frecuentes dolores de cabeza, migrañas, mareos, o desmayos? Si No
 ¿Hidrocefalia o presencia de válvula ventriculoperitoneal, ventriculoatrial, ventriculovenoso? Si No
 ¿Síndrome de atención de hiperactividad (ADD/ADHD)? Si No
 ¿Problemas de conducta, problemas emocionales, o problemas siquiátricos, negligencia? Si No
 ¿Abuso síquico, físico, emocional o sexual? Si No
 ¿Diabetes, hiperglicemia o hipoglicemia? Si No
 ¿Pubertad prematura, problemas hormonales? Si No
 ¿Problemas en la tiroides o la glándula pituitaria? Si No
 ¿Anemia, anemia falciforme, problemas en la sangre? Si No
 ¿Hemofilia, se a moretea el niño con facilidad, sangra excesivamente? Si No
 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas o productos sanguíneos? Si No
 ¿Cáncer, tumores malignos, trasplante de medula ósea, radioterapia? Si No
 ¿Mononucleosis, tuberculosis, fiebre escarlata, citomegalovirus, resistencia a estafilococos aureus, enfermedad de transmisión sexual, o virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)? Si No

Por cada respuesta afirmativa, describa: _____

¿Existe algún otro problema médico relacionado con el paciente el cual el dentista debería saber? Si No
 En caso afirmativo, describa: _____

Historia Odontológica

¿Cuál es el principal problemas acerca de la salud oral de su hijo? _____

¿Cómo describiría la salud oral de su hijo? Excelente Buena Normal Pobre

¿Cómo describiría la salud oral de usted? Excelente Buena Normal Pobre

¿Cómo describiría la salud oral de sus otros hijos? Excelente Buena Normal Pobre

¿Hay historia familiar de caries? Si No. En caso afirmativo, indique todas las que aplican: Padre Madre Hermanos

¿Tiene su hijo historia de algunas de las siguientes condiciones?: En caso afirmativo, describa

Llaguitas o fuegos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Mal aliento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Encías sangrantes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Caries	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Dolor de diente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Traumatismos a los dientes o huesos de la boca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Rechina los dientes o bruxismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Dolor en la articulación temporomandibular (popping)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Excesivas ansias de arcada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Hábitos de chupar, después del primer año:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____

En caso afirmativo, ¿cuáles? Tetero Dedo Chupón Otras cosas Por cuánto tiempo _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo? ____ ¿por cuánto tiempo? ____ ¿Alguien lo ayuda? Si No

¿Cuántas veces se pasa el hilo dental al día? Nunca Ocasionalmente Diariamente ¿Alguien lo ayuda? Si No

¿Qué tipo de cepillo usa? Duro Mediano Suave Desconocido

¿Qué tipo de pasta de dental utiliza? _____

¿De donde toma el agua su hijo? De la ciudad De pozo Agua embotellada

¿Utiliza agua filtrada? Si No En caso afirmativo, ¿Que filtro tiene en casa? _____

¿Como recibe el Flúor su hijo?: Agua tomada Pasta de dientes Enjuagues con flúor Prescripciones con flúor

Tratamiento con flúor en el consultorio dental Barniz de Flúor puesto por pediatra Otros

¿Recibe su hijo tres comidas al día? Si No

¿Está en su hijo en alguna dieta? Describa _____ Si No

¿Es su hijo difícil para comer? Describa _____ Si No

¿Tiene su hijo una dieta con mucha azúcar? Si No

¿Tiene alguna preocupación en cuanto al peso de su hijo? Si No

¿Con que frecuencia consume su hijo lo siguiente?:

Caramelos	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces al día	<input type="checkbox"/> +de 3 veces al día
Mastica chicle	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces al día	<input type="checkbox"/> +de 3 veces al día
Come entre comidas	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces al día	<input type="checkbox"/> + de 3 veces al día
Bebidas azucaradas	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces al día	<input type="checkbox"/> +de 3 veces al día

Por favor nombre otro habito alimenticio que deberíamos saber _____

¿Participa su hijo en alguna actividad deportiva? Nombrelas _____ Si No

¿Utiliza su hijo algún dispositivo de protección en la boca en esta actividad deportiva Si No

Ha sido su hijo examinado por otro dentista previamente Si No

En caso afirmativo, ¿Cuándo fue la última vez que lo visitó? _____ ¿Cuál fue la razón de la visita? _____

¿Se tomaron radiografías de los dientes y de los maxilares? Si No

En caso afirmativo, fecha de las últimas radiografías dentales _____

¿Ha tenido su hijo tratamiento de ortodoncia previamente? Si No

¿Ha tenido su hijo alguna mala experiencia en la oficina dental en el pasado? En caso afirmativo, ¿cuando? _____ Si No

¿Cómo cree usted que reaccione su hijo a la visita dental? Muy Bien Bien No tan bien Muy mal

¿Hay algo más que deberíamos saber de su hijo antes de empezar la visita? Si No

En caso afirmativo, describa _____

Firma del padre/madre o representante legal _____ Relación con el paciente _____ Fecha _____