

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene fiebre en este momento su niño(a)? ..... Sí No
2. ¿Tiene Bronchitis? ..... Sí No
3. ¿Tiene sarpullido su niño(a) en este momento? ..... Sí No
4. Fecha de último físico: \_\_\_\_\_
5. ¿Esta su niño(a) de bajo de cuidados médicos? ..... Sí No  
Explicué: \_\_\_\_\_
6. ¿Está tomando alguna medicina siguiente, su niño(a)?
  - a. Antibiótico - Penicilina/Erytromicina. .... Sí No
  - b. Anti coagular (para adelgazar la sangre). .... Sí No
  - c. Aspirina. .... Sí No
  - d. Bisphosphonate. .... Sí No
  - e. Dilantin. .... Sí No
  - f. Fen-Phen, Redux ..... Sí No
  - g. Insulina. .... Sí No
  - h. Medicina para alta presión. .... Sí No
  - i. Esteroides o Cortisona..... Sí No
  - j. Otra medicina. .... Sí No
7. ¿Tiene su niño(a) alguna reacción alérgico contra lo siguiente?
  - a. Aspirina. .... Sí No
  - b. Látex. .... Sí No
  - c. Anestésicos dentales. .... Sí No
  - d. Penicilina / algún otro antibiótico. .... Sí No
  - e. Sulfonamidas. .... Sí No
  - f. Otra droga..... Sí No
8. ¿Jamás ha tenido el niño(a) cualquier de los problemas médicos?
  - a. Asma / fiebre del heno / problemas nasales. .... Sí No
  - b. Cardiovascular (Murmullo/alta presión/infarto)? ..... Sí No
  - c. Parálisis cerebral. .... Sí No
  - d. Rajadura del paladar / labio (Cleft Palate). .... Sí No
  - e. Defecto Congénita del corazón. .... Sí No
  - f. Discapacidad del desarrollo. .... Sí No  
Explicué \_\_\_\_\_
  - g. Diabetes. .... Sí No
  - h. Enfisema. .... Sí No
  - i. Epilepsia / convulsiones / desmayos. .... Sí No
  - j. Problemas de oído / del hablar. .... Sí No
  - k. Hemofilia (sangrar anormalmente). .... Sí No
  - l. Reumatismo / Artritis. .... Sí No
  - m. Problemas de riñón Ictericia (amarillo al nacer -Janundice). .... Sí No
  - n. Problemas del hígado. .... Sí No
  - o. Retardado mental. .... Sí No
  - p. Fiebre Reumática. .... Sí No
  - q. Cel de la hoz (Sickle Cell). .... Sí No
  - r. Ulceras de estomago. .... Sí No
  - s. Enfermedad del Tiroides. .... Sí No
  - t. Otra enfermedad o problema sería..... Sí No  
Explicue: \_\_\_\_\_
9. ¿Ha estado su niña(a) hospitalizado por una enfermedad u operación? ..... Sí No  
Explicué: \_\_\_\_\_
10. ¿Nació su niño(a) prematuro? ..... Sí No
11. ¿En los últimos 6 meses ha perdido su niño(a) 5 o mas libras sin estar a dieta? ..... Sí No

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

12. ¿Tiene su niño(a) sudores nocturnos, fatiga crónica?..... Sí No
13. ¿Tiene vómitos o diarrea su niño(a) ..... Sí No
14. ¿Tiene rigidez en el cuello? ..... Sí No
15. ¿Ha recibido una transfusión de sangre su niño(a)? ..... Sí No  
Cuando? \_\_\_\_\_
16. ¿Jamás ha probado su niño(a) positivo, o diagnosticado con las siguientes enfermedades?
  - a. Sida..... Sí No
  - b. Hepatitis A ..... Sí No
  - c. Hepatitis B. .... Sí No
  - d. Herpes. .... Sí No
  - e. Mononucleosis. .... Sí No
  - f. NANB Hepatitis, Delta Hepatitis..... Sí No
17. ¿Tiene o ha sido su niño(a) expuesto a alguien con una enfermedad transmisible aerosol infeccioso de las siguientes?
  - a. Gripe/Flu no estacional. .... Sí No
  - b. Varicela ..... Sí No
  - c. Difteria ..... Sí No
  - d. Epstein-Bar virus. .... Sí No
  - e. Sarampión. .... Sí No
  - f. Meningitis. .... Sí No
  - g. Viruela del simio ..... Sí No
  - h. Paperas
  - i. Parvovirus. .... Sí No
  - j. Tos ferina (whooping), persistente o esputar sangre. . Sí No
  - k. Faringitis. .... Sí No
  - l. Pneumonia. .... Sí No
  - m. SARS. .... Sí No
  - n. Escarlatina. .... Sí No
  - o. Tejas. .... Sí No
  - p. Viruela. .... Sí No
  - q. Faringitis estreptocócica. .... Sí No
  - r. Tuberculosis. .... Sí No

**Historia Dental del niño(a) (preguntas 16-25)**

18. ¿Nombre del dentista anterior? \_\_\_\_\_
19. Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_
20. ¿Ha tenido el niño(a) algún problema grave asociado con previo trabajo dental ? ..... Sí No
21. ¿Sangra su niño(a) al cepillar? ..... Sí No
22. ¿Ha sufrido de dolor dental su niño(a)? ..... Sí No
23. ¿Rechina sus dientes su niño(a)? ..... Sí No
24. ¿Jamás ha tenido el niño(a) golpe en la coyuntura de ..... Sí No  
la mandíbula a su quijada o boca o dientes? ..... Sí No
25. ¿Tiene alguna llaga o ulceración en la boca u otra parte del cuerpo ahora? ..... Sí No
26. ¿Tiene alguna incapacidad que evita tratamiento dental en la oficina? ..... Sí No  
Explicué: \_\_\_\_\_
27. ¿Jamás recibió tratamiento Ortodoncia (frenos) su niño(a)? ..... Sí No

**Estas preguntas son para las niñas adolescentes (jóvenes)**

28. ¿Estas embarazada o piensas que lo pues estar? ..... Sí No
29. ¿Estas tomando píldora o alguna otra medicina para el control de los nacimientos? ..... Sí No

Comentaos adicionales sobre la historia médica de su niño(a) que no fueron indicados arriba: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la información que he dado es correcta según mi conocimiento, y que quedará bajo la mayor reserva, y será mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en la salud médica de este niño(a). Autorizo al personal de esta oficina ejecutar los servicios dentales que sean necesarios para este niño(a) nombrado arriba: modelos, potos, e incluyendo rayos x. También autorizo una limpieza de dientes cuando necesario. (Trabajo dental más extensivo será discutido conmigo antes de continuar con tratamiento).

Firma del Padre / Madre / Legal Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 1 HISTORIA MEDICA AL DÍA:** Yo el padre/guardián legal he repasado la historia medica de mi niño(a) y he apuntado cambios abajo.

¿Han visto cambios en la salud de su niño(a) desde su ultima cita? Si No

¿Esta tomando alguna medicina su niño(a) ahorita? Si No

¿Ha tenido alguna reacción alérgica o adversa con alguna medicina? Si No

Explique cualquier pregunta al cual marco Si o otra información que deberíamos saber: \_\_\_\_\_

Apunte alguna hospitalización y la razón: \_\_\_\_\_

¿Quién trajo al niño(a) hoy? \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Madre / Legal Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Notas de la oficina: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2 HISTORIA MEDICA AL DÍA:** Yo el padre/guardián legal he repasado la historia medica de mi niño(a) y he apuntado cambios abajo.

¿Han visto cambios en la salud de su niño(a) desde su ultima cita? Si No

¿Esta tomando alguna medicina su niño(a) ahorita? Si No

¿Ha tenido alguna reacción alérgica o adversa con alguna medicina? Si No

Explique cualquier pregunta al cual marco Si o otra información que deberíamos saber: \_\_\_\_\_

Apunte alguna hospitalización y la razón: \_\_\_\_\_

¿Quién trajo al niño(a) hoy? \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Madre / Legal Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Notas de la oficina: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3 HISTORIA MEDICA AL DÍA:** Yo el padre/guardián legal he repasado la historia medica de mi niño(a) y he apuntado cambios abajo.

¿Han visto cambios en la salud de su niño(a) desde su ultima cita? Si No

¿Esta tomando alguna medicina su niño(a) ahorita? Si No

¿Ha tenido alguna reacción alérgica o adversa con alguna medicina? Si No

Explique cualquier pregunta al cual marco Si o otra información que deberíamos saber: \_\_\_\_\_

Apunte alguna hospitalización y la razón: \_\_\_\_\_

¿Quién trajo al niño(a) hoy? \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Madre / Legal Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Notas de la oficina: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4 HISTORIA MEDICA AL DÍA:** Yo el padre/guardián legal he repasado la historia medica de mi niño(a) y he apuntado cambios abajo.

¿Han visto cambios en la salud de su niño(a) desde su ultima cita? Si No

¿Esta tomando alguna medicina su niño(a) ahorita? Si No

¿Ha tenido alguna reacción alérgica o adversa con alguna medicina? Si No

Explique cualquier pregunta al cual marco Si o otra información que deberíamos saber: \_\_\_\_\_

Apunte alguna hospitalización y la razón: \_\_\_\_\_

¿Quién trajo al niño(a) hoy? \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Madre / Legal Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Notas de la oficina: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 5 HISTORIA MEDICA AL DÍA:** Yo el padre/guardián legal he repasado la historia medica de mi niño(a) y he apuntado cambios abajo.

¿Han visto cambios en la salud de su niño(a) desde su ultima cita? Si No

¿Esta tomando alguna medicina su niño(a) ahorita? Si No

¿Ha tenido alguna reacción alérgica o adversa con alguna medicina? Si No

Explique cualquier pregunta al cual marco Si o otra información que deberíamos saber: \_\_\_\_\_

Apunte alguna hospitalización y la razón: \_\_\_\_\_

¿Quién trajo al niño(a) hoy? \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Madre / Legal Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Notas de la oficina: \_\_\_\_\_