

## Gaston Family Health Services Pediatric Dentistry

### Historia Médica

Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?

Problemas del corazón o soplo.....	SI	NO	(?)
Fiebre reumática.....	SI	NO	(?)
Problemas de sangrado o coagulación.....	SI	NO	(?)
Anemia falciforme o portador.....	SI	NO	(?)
Labio fisurado o paladar hendido.....	SI	NO	(?)
Defectos de nacimiento o desórdenes genéticos.....	SI	NO	(?)
Epilepsia o convulsiones.....	SI	NO	(?)
Retardo mental.....	SI	NO	(?)
Problemas de crecimiento.....	SI	NO	(?)
Parálisis cerebral.....	SI	NO	(?)
Problemas de audición.....	SI	NO	(?)
Problemas de lenguaje.....	SI	NO	(?)
Problemas de la vista.....	SI	NO	(?)
Asma.....	SI	NO	(?)
Alergias (polen, látex, etc).....	SI	NO	(?)
Desorden alimenticio.....	SI	NO	(?)
Hepatitis o enfermedad del hígado.....	SI	NO	(?)
Diabetes.....	SI	NO	(?)
Tuberculosis.....	SI	NO	(?)
Problemas de los riñones.....	SI	NO	(?)
Problemas en los huesos o articulaciones.....	SI	NO	(?)
Uso de drogas o alcohol.....	SI	NO	(?)
Fuma o mastica tabaco.....	SI	NO	(?)
Enfermedades venereas o de transmisión sexual.....	SI	NO	(?)
HIV+ o SIDA.....	SI	NO	(?)
Cáncer.....	SI	NO	(?)
Otros problemas medicos.....	SI	NO	(?)

Nombre del médico del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

El paciente está bajo tratamiento medico?..... SI NO (?)

Si la respuesta es sí, explique la condición \_\_\_\_\_

El paciente esta tomando alguna medicamento?..... SI NO (?)

Si la respuesta es sí, enumere \_\_\_\_\_

Para qué condición \_\_\_\_\_

Ha tenido algun reacción alérgica a algún medicamento?..... SI NO (?)

A qué \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

El paciente ha sido hospitalizado?..... SI NO (?)

Edad \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

El paciente ha sido atendido en la sala de emergencia? SI NO (?)

Edad \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Están las vacunas del paciente al día?.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	(?)
La paciente está embarazada en este momento?.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	(?)
Alguna información medica adicional no reportada arriba?.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	(?)

Describe \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

Por qué está buscando tratamiento el paciente? \_\_\_\_\_

Es su primera visita al dentista?.....  SI  NO (?)

Si no, donde y cuándo fue la fecha de la última cita \_\_\_\_\_

El paciente tiene algunos de los siguientes problemas dentales?

Accidentes en la boca o los dientes.....  SI  NO (?)

Dolor de muela o diente.....  SI  NO (?)

Abscesos.....  SI  NO (?)

Otros (especefique) \_\_\_\_\_

El paciente presenta alguno de los siguientes hábitos o mañas?

Chupado de dedo.....  SI  NO (?)

Rechinamiento de dientes.....  SI  NO (?)

Otros (especefique) \_\_\_\_\_

A qué edad termino de tomar leche en pecho o biberón? \_\_\_\_\_

De dónde proviene el agua que toma el paciente?

\_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ pozo \_\_\_\_\_ enbottelada (sin fluoruro) \_\_\_\_\_ no sabe

El agua que toma está fluorada?.....  SI  NO (?)

El paciente recibe tabletas, gotas, o vitaminas con fluoruro?.....  SI  NO (?)

El paciente utilice enjuagues de fluoruros en la casa o escuela?.  SI  NO (?)

Quién es responsable del cepillado dental del paciente? \_\_\_\_\_

Alguna información adicional?.....  SI  NO (?)

Describe \_\_\_\_\_

**Historia social y de comportamiento**

Cree que el paciente cooperará para el tratamiento dental?.....  SI  NO (?)

El paciente ha tenido alguna mala experiencia médica o dental?  SI  NO (?)

Cuál de las siguientes describe mejor al paciente?

\_\_\_\_\_ Aprendizaje avanzado \_\_\_\_\_ Progresando normal \_\_\_\_\_ Aprendizaje lento

Tiene algun problema emocional o de comportamiento?.....  SI  NO (?)

Describe \_\_\_\_\_

Nombres y edades de otros niños en la familia \_\_\_\_\_

Alguna otra información adicional.....  SI  NO (?)

Comente \_\_\_\_\_

Bajo mi entendimiento, la información suministrada es corecta.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que llena la forma      Fecha      Relación con el paciente

Reviewed by: