Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental American Dental Association® American Dental Associat

Nombre del Paciente			Apodo	Fecha de Nac	cimiento			
ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL				r podo				
Nombre del Padre/Madre	e/Encargado		Parentesco/Relación con el	Parentesco/Relación con el Paciente				
Dirección DIRECCIÓN POS								
Teléfono	DIAL	3	CIUDAD	Sexo M 🗖	CÓDIGO PO	STAL		
Casa	3:	Trabajo		SONO IVI				
1. Tuberculosis activa,	2. Tos persistente que ha d	lurado más de tres sem	enfermedades o problemas? anas, 3. Tos que produce san por favor y devuelva este for	gre?		⊒ No		
Ha tenido el niño un l	historial médico, o condici	ones relacionadas co	on lo que sigue?					
☐ Anemia	☐ Huesos/Articulaciones	□ Dolor de oídos	□ Corazón	☐ Hígado	Ataques epilépt	ticos		
☐ Artritis	☐ Cáncer	□ Epilepsia	☐ Hepatitis	Sarampión	Anemia drepan	ocítica	ι	
□ Asma	☐ Parálisis Cerebral	□ Desmayos	□ VIH +/SIDA	☐ Mononucleosis	(drepanocitosis))		
☐ Vejiga	☐ Varicela	☐ Alteraciones del	☐ Inmunizaciones (Vacunas)		☐ Tiroides	, ,		
☐ Alteraciones Hemorrágicas	☐ Sinusitis Crónica☐ Diabetes	crecimiento Oído	☐ Riñones ☐ Alergia al látex	☐ Embarazo (adolescend ☐ Fiebre reumática	cia) uso de tabaco/ u Tuberculosis	aroga	as	
Tiornerragioas	- Diabetes		☐ Alergia ai latex	Thebre rediffatica	☐ Tuberculosis			
Por favor anote el nor	mbre y el número de teléfor	no del médico del niño):					
Nombre del Médico				Teléfono			_	
Historia del N	liño							
		//o no recetado o sunla	mentos vitamínicos en este mor	monto?	4	Sí		
Si es así, por favor	haga una lista:				770	_		
2. ¿Es el niño alérgico	a algunos remedios, i.e. per	nicilina, antibióticos o a o	otros fármacos? Si es así, expliq	ue for favor:	2		\Box	
3. ¿Es el niño alérgico	a alguna otra cosa, como ci	ertos alimentos? Si es a	así, explique for favor		3.			
4. Cómo describiría lo	s hábitos alimentarios del niñ	0?						
5. ¿Ha tenido el niño u	una enfermedad grave alguna	a vez? Si es así, ¿cuánd	lo?: Descríbala por	favor:	5.			
¿Ha sido el niño ho	spitalizado alguna vez?				6.			
7. ¿Tiene el niño un hi	storial clínico por alguna otra	enfermedad? Si es así,	haga una lista por favor:		7.			
8. ¿Ha recibido el niño	alguna vez un anestésico ge	eneral?			8.			
9. ¿Tiene el nino algur	na condición hereditaria?			,	9.			
10. ¿ Hene el nino algur	1 detecto del nabla?				10.			
11. ¿Ha terildo el niño algun	alguna vez una transiusion sa	inguinea?			11.			
13 : Sufre el niño un es	na mili iusvalia lisica, meniai o	enocional:			12.			
14 ¿Está el niño recibie	endo tratamiento nor alguna (enfermedad actualment	e?		14			
15. ¿Es esta la primera	visita al dentista del niño? Si	no es así ¿cuál fué la f	echa de su última visita al denti	sta? Facha:	14,		0	
16. ¿Ha tenido el niño a	algún problema con un tratan	niento dental en el pasa	do?do sa alama visita ai denti.	sia: i echa,	16.			
							J 0	
18. ¿Ha sufrido el niño	alguna vez lesiones en la bod	ca, en la cabeza o en los	s dientes?		18			
19. ¿Ha tenido el niño a	algún problema con la erupcio	ón o con el recambio de	e dientes?		19			
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes?						_	_	
21. ¿Qué tipo de agu	a bebe su niño? 🗆 Agua	doméstica 🛭 Agua o	de pozo 🛭 Agua embotellad	da □ Agua filtrada	Con 1		Design	
22. ¿Toma el niño su	plementos fluorados?			,	22.			
23. ¿Usa dentífricos	fluorados?				23.			
24. ¿Cuántas veces al	día se cepillan los dientes d	el niño? ¿A	qué horas se cepillan los dient	tes del niño?	24.			
25. ¿Se chupa el niño/	a su dedo pulgar, otros ded	os o un chupete?			25.			
26. ¿A qué edad dejó e	el niño de usar el biberón? E	Edad ¿La lad	ctancia materna? Edad	//\	7.3.7			
27. ¿Participa el niño e	n actividades recreativas en	érgicas?			27.			
<mark>de empezar el tratamie</mark> formulario han sido resp	ento. Certifico que he leído y condidas satisfactoriamente	comprendido lo que a . Yo no responsabilizar	talladamente todos los aspec parece más arriba. Reconozco é a mi dentista ni a ningún otr cometer al completar este formu	que todas mis dudas so o miembro de su persoi	obre las preguntas d	le este	Э	
Firma del Paciente/ Apoc	derado		Fecha					
A ser completado por								
Comentarios	The state of the s	Table 1					_	
	The state of the s			The second secon				
Ala Dava I las de la Oficias	D Alorta Módica D Promodicaci	4- D Alemaine D Acceptant	- Device de seus					