



Registración del Paciente: Historia Dental y Medica

Por favor completa este formulario. Pregúntenos sí no entiende algo.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____
Nombre Apellido Mes/día/año Mes/día/año

Historia Dental

- 1. ¿Es esta la primera visita de su hijo/hija al dentista? Sí No _____
Nombre del dentista anterior
- 2. ¿Su hijo/hija ha tenido problemas al visitar el dentista? Sí No _____
Explica el problema
- 3. ¿Existe algún problema con los dientes de su hijo/hija que causó esta visita al dentista? Sí No _____
Explica el problema
- 4. ¿Quién limpia los dientes de su hijo/hija en casa? _____
¿Quién los limpia? ¿Con que frecuencia?
- 5. ¿El paciente recibe fluor en cualquier forma? Sí No _____
Tipo de tratamiento

Historia Médica

Nombre del doctor/clinica _____ Teléfono () _____

Dirección _____
calle ciudad estado codigo postal

- 1. Si es necesario para el tratamiento dental, ¿tenemos su autorización para consultar con este doctor? Sí No _____
indicaciones específicas
- 2. ¿Recibe su hijo/hija las vacunas recomendadas? Sí No _____
Explica el problema
- 3. Por favor describe cualquier condición que está causando preocupación médica (*medicaciones, cirugías, heridas, otro*).

- 4. ¿El paciente está bajo tratamiento médico ahora? Sí No _____
describe
- 5. ¿El paciente está tomando medicamentos ahora? Sí No _____
¿Cuáles son los medicamentos?

- 6. ¿El paciente ha sido internado en un hospital? Sí No _____
describe
- 7. ¿Alguna vez el paciente ha recibido anestesia general o sedantes? Sí No _____
describe
- 8. ¿El paciente tiene alergia a alguna comida, sustancia, o medicina? Sí No _____
¿A qué tiene alergia?
- 9. ¿El paciente ha tenido una transfusión de sangre? Sí No _____
describe
- 10. ¿El paciente ha sufrido abuso en forma física, emocional o sexual? Sí No _____
por favor describe

Historia del Nacimiento

- 1. ¿Nació prematuro? Sí No _____
explica los problemas
- 2. Al nacer ¿tuvo peso normal? Sí No _____
explica los problemas
- 3. ¿Había complicaciones al nacer? Sí No _____
explica los problemas
- 4. ¿Había alguna enfermedad al nacer? Sí No _____
explica los problemas

Nombre del paciente _____
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____
Mes/día/año Mes/día/año

Historia Médica (continuación)

Por favor revisa los siguientes categorías. Indica si existe un problema ahora o si su hijo/hija ha tenido tal problema en en el pasado.

Sangre, corazón o hígado

Anemia Sí No _____
Hemofilia Sí No _____
Anemia de Sickle Cell Sí No _____
Problemas de corazón Sí No _____
SIDA Sí No _____
Fiebre reumatica Sí No _____
Leucemia Sí No _____
Otro _____

Ojos, oído, nariz, garganta y pulmones

Problemas de los ojos Sí No _____
Problemas del oído Sí No _____
Frecuentes infecciones del oído Sí No _____
Asma Sí No _____
Respira por la boca Sí No _____
Dolor de garganta frecuente Sí No _____
Problemas de sinusitis Sí No _____
Ronca de noche Sí No _____
Labio leporino ó paladar Sí No _____
Tuberculosis Sí No _____
Bronquitis Sí No _____
Neumonía Sí No _____
Otro _____

Riñones, vejíga, y sistemas

Enfermedad renal Sí No _____
Infecciones frecuentes Sí No _____
Otro _____

Glandulas y sistema endocrino

Diabetes Sí No _____
Problemas de tiroide Sí No _____
Otro _____

Sistemas de músculos y nervios

Parálisis cerebral Sí No _____
Convulsiones Sí No _____
Epilepsia Sí No _____
Espina bifida Sí No _____
Otro _____

Huesos

Problemas ortopédicos Sí No _____
Raquitismo Sí No _____
Escoliosis Sí No _____
Otro _____

Psicológica y Emocional

Depresión clínica Sí No _____
ADD (deficit de atención) Sí No _____
Autismo Sí No _____
Daño al cerebro Sí No _____
Retardado mental Sí No _____
Comportamiento difícil Sí No _____
Otro _____

Historia de enfermedades de niños

Viruela loca Sí No _____
Sarampion Sí No _____
Paperas Sí No _____
Otro _____

Asuntos de adolescentes o jóvenes que afecta la salud dental

Labios o lengua perforada Sí No _____
Fumar Sí No _____
Alcohol Sí No _____
Problemas en comer Sí No _____
Abuso de drogas Sí No _____
Infecciones en la boca Sí No _____
Embarazada Sí No _____
Otro _____

Firma _____
pariente/guardian

_____ relación con el niño/niña

Resumen/Comentario (uso exclusivo del médico)
