

Historia médica y dental

Motivo (s) para visitar nuestra práctica _____

¿Alguna vez su hijo ha sido visto por un dentista? Sí No En caso afirmativo, ¿Fecha? _____

¿Es él / ella alérgico a algo: (medicina, comida)? Sí No En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? Sí No En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Su hijo toma algún medicamento en este momento? Sí No Si es así, ¿qué? _____

¿Están todas las vacunas al día? Sí No

¿Alguna vez ha recibido anestesia con sedación / Sí No En caso afirmativo,

¿efectos secundarios? _____

¿Su hijo se chupa el dedo pulgar, los dedos, el chupete? Sí No

¿Los dientes de su hijo se cepillan dos veces al día? Sí No

¿A qué edad dejó su biberón / lactancia materna? _____

¿Cuál es la comida favorita de su hijo? _____

Condición de la salud de su hijo

	SÍ	NO		SÍ	NO
Problemas cardíacos / Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiración / Respiratorio / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de hígado / hepatitis / GI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores / Cáncer /VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonsil agrandado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrasos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrasos físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos Congénitos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones Significativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si respondió sí, explique, _____

Otra condición médica importante: _____

Firma (padre o tutor) _____ Relación _____ Fecha _____

Doctor's Signature _____