

FORMA DE PACIENTE QUE REGRESA

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Algún cambio en la dirección de la casa? En caso afirmativo, indique la nueva dirección a continuación: _____

¿Tienes un nuevo seguro dental? En caso afirmativo, indique el nombre y el número de identificación a continuación: _____

Por favor revise sus preocupaciones dentales:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Caries | <input type="radio"/> Color de los dientes | <input type="radio"/> Rechinar los dientes | <input type="radio"/> Ortodoncia |
| <input type="radio"/> Dientes sensibles | <input type="radio"/> Sonidos de la mandíbula | <input type="radio"/> Respiración por la boca | <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Trauma |
| <input type="radio"/> Dolor de muelas | <input type="radio"/> Infecciones de las encías | <input type="radio"/> Dolor dental | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Historial Médico y Dental

Si No Cuándo fue la última visita dental de su hijo(a)? ¿Si es así, cual es la fecha de la última limpieza dental y radiografías? _____

Si No ¿Ha experimentado su hijo una reacción desfavorable de la atención dental previa? Si es así, explíquelo por favor _____

Si No ¿Su niño se chupa el dedo, el pulgar o el chupete? ¿Si sí, cuándo? _____

Si No ¿Se acuesta su hijo con un biberón o una taza para sorber? Si es así, ¿qué contiene? _____

Si No ¿Su hijo come bocadillos con frecuencia? ¿Cuáles son sus bocadillos favoritos? _____

Si No ¿Ha tenido su hijo anestesia local? Si es así, ¿hubo algún problema? _____

Si No ¿Ha sido sedado su hijo para tratamiento dental? ¿Hubo algún problema? _____

Si No ¿Alguna vez se lesionaron los dientes de su hijo? Si es así, ¿qué dientes? _____

Si No ¿Su hijo(a) tiene un herpes labial u otra úlcera en la boca? Por favor describa: _____

Si No ¿Su hijo usa una pasta dental con fluoruro? _____

Si No ¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco? _____

Si No ¿Cuándo fue la última visita de su hijo al médico y cuál fue el motivo de la visita? _____

Si No ¿Ha tenido su hijo alguna vez un problema de salud? Si es así, explíquelo por favor. _____

Si No ¿Su hijo ha sido hospitalizado, ha tenido anestesia general o visitas a la sala de emergencias? Si es así, explíquelo por favor. _____

Si No ¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? Si es así, indique los medicamentos. _____

Si No ¿Están al día las vacunas de su hijo? _____

Si No ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes del tratamiento dental? _____

Por favor marque si su hijo ha sido tratado por alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Abuso | <input type="radio"/> Cancer/Tumores | <input type="radio"/> Soplo Cardíaco | <input type="radio"/> Células falciformes/rasgo |
| <input type="radio"/> ADHD | <input type="radio"/> Parálisis Cerebra | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Lesiones significativas |
| <input type="radio"/> Reacciones a Drogas Adversas | <input type="radio"/> Defectos congénitos | <input type="radio"/> HIV/SIA | <input type="radio"/> Ronquidos |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad Hígado/IG | <input type="radio"/> Problemas de Habla/Escucha |
| <input type="radio"/> Asma/Respiración | <input type="radio"/> Endocrino/Crecimiento | <input type="radio"/> Retrasos Mentales | <input type="radio"/> Espina bífida |
| <input type="radio"/> Autismo | <input type="radio"/> Problemas de Vista | <input type="radio"/> Problemas Sociales/Personalidad | <input type="radio"/> Problemas Amígdala/Adenoides |
| <input type="radio"/> Sangrado/transfusiones | <input type="radio"/> Infecciones Frecuentes | <input type="radio"/> Dolores de Cabeza | <input type="radio"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="radio"/> Trastornos de la sangre | <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Convulsiones | |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | | | |

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia?

- Medicamento(s) Látex Anestésicos Bifosfonatos Alimentos

Por favor especifique: _____

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Nombre y firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____