

All Smiles Family Dental, PLLC
Historial Médico Pediátrico

Patient Name: _____

Birth Date: _____

Date Created: _____

Aunque nuestro personal dental traten principalmente el área alrededor y adentro de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o un medicamento

General List Questions

- ¿Se encuentra bajo cuidado de un médico ahora? Yes No If yes _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Yes No If yes _____
- ¿Alguna vez ha tenido una grave lesión en el cuello o la cabeza? Yes No If yes _____
- ¿Está tomando algún medicamento o pastillas? Yes No If yes _____
- ¿Toma usted, o han tomado Phen-Fen o Redux? Yes No If yes _____
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o a otro medicamentos que contienen bisfosfonatos? Yes No If yes _____
- ¿Está en una dieta especial? Yes No If yes _____
- ¿Utiliza el tabaco? Yes No
- ¿El paciente puede tener el óxido nítrico? Yes No
- ¿Puede que el paciente tenga fluoruro (fluoride)? Yes No
- ¿Utiliza sustancias controladas? Yes No If yes _____

¿Es la paciente

Lactanda?

¿Es usted alérgico a cualquier de los siguientes?

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales |
| <input type="checkbox"/> Acrílico | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Las Sulfas |

¿Tiene otras alergias? If yes _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| SIDA/VIH Positivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cortisona Medicina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hemofilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tratamientos de Radiación <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Enfermedad Alzheimer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Pérdida de Peso Reciente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anafilaxia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Drogadicción <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diálisis Renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Va el Aliento <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fiebre Reumática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Dolores de Pecho <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfisema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Presión Alta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Reumatismo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artritis/Gota <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Epilepsia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Colesterol Alta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad Hepática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Válvula de Corazón Artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sangrado Excesivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Urticaria o Erupción Cutánea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Latidos Cardíaco Irregulares <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Articulación Artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sed Excesiva <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hipoglucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad de Células Falciformes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Asma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Mareos/Desmayos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Culebrilla <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas de Sinusitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Enfermedades de la Sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tos Frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas Renales <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Espina Bífida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Transfusión de Sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diarrea Frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Leucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad Intestinal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Problema Respiratorio <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Dolores de Cabeza Frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Escarlatina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Accidente Cerebrovascular <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Magulla Fácilmente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes Genital <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Presión Baja <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hinchazón de las Extremidades <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cáncer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad de la Tiroides <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Quimioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fiebre de Heno <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Amigdalitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Prolapso de la Válvula Mitral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Ataque Cardíaco/los Colapso Cardíaca <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes Labial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Soplo en el Corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Dolor en la Quijada <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tumores <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad Cardíaca Congenital <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Marcapasos Cardíaco <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad Paratiroidea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Úlceras <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad Pulmonary <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Problemas/Enfermedades de Corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Atención Psiquiátrica <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Ictericia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedades Venéreas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no figuran en la lista anterior? Yes No If yes _____

Comentarios:

A lo mejor de mi conocimiento, las cuestiones de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o del paciente. Que es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio de condición médica.

Signature of Paciente, Padre o Tutor: _____

X

Date: _____