

# HISTORIAL DE SALUD NUEVOS PACIENTES

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Nombres y edades de los hermanos del paciente \_\_\_\_\_

Padre(o Madre)/ Guardián \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Casado(a)/Soltero(a)/Otro \_\_\_\_\_  
Número de Telefono Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Número de Trabajo o de Emergencia \_\_\_\_\_

2do Padre(o Madre)/ Guardián \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Casado(a)/Soltero(a)/Otro \_\_\_\_\_  
Número de Telefono Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Número de Trabajo o de Emergencia \_\_\_\_\_

**¿Quién tiene la custodia legal del paciente?** \_\_\_\_\_  
Persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

*Por favor, tenga en cuenta que nosotros confirmamos citas médicas solo por medio de mensaje de texto y correo electrónico.*

*Padre/ Guardián deberá entregar una autorizacion escrita para que otro adulto acompañe al paciente en las próximas citas. Por favor, acérquese a nuestra oficina para solicitar un Formulario de Autorización de Guardián.*

¿A quién podríamos dar las gracias por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el motivo de su visita? \_\_\_\_\_

## Historial Medico de Su Niño(a)

SI  NO Actualmente, esta bajo atención medica?

Por favor, explique el estado de salud de su niño(a) \_\_\_\_\_

Bueno  Normal  Mal

Nombre y teléfono la clínica: \_\_\_\_\_

Fecha de último examen médico: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algun medicamento con o sin receta?  SI  NO, ¿Cuál? Mencione la dosis y el motivo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El niño(a) ha estado hospitalizado?  SI  NO, Si lo ha estado, explique porque:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es su niño(a) alérgico(a) a algo? Por ejemplo: Latex, Penicilina, Joyas/Metales, etc?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas medicos

- |   |                                 |   |                               |
|---|---------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Alergias a drogas o anestésicos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Defecto congénito del Corazón |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Asma o fiebre de heno           | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tratamiento de Radiación      |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Anemia                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Dificultad respiratoria       |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Transfusión de sangre           | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Problemas psiquiátricos       |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Autismo                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Problemas de sinusitis        |
|   |                                 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Hepatitis _____               |

- |   |                    |   |                               |
|---|--------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Ampollas de Fiebre | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Derrame cerebral   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cáncer                        |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Sangrado excesivo  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Epilepsia                     |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tuberculosis (TB)  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Dolor de cabeza frecuente     |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Diabetes           | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Marcapasos                    |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Convulsiones       |   |                               |

Otro \_\_\_\_\_ Nombre de Especialista \_\_\_\_\_

### Historia Dental de Su Hijo(a)

NO SI ¿Ha ido su hijo(a) al dentista anteriormente? Si ha ido, mencione el Nombre del Dentista y la fecha que fue: \_\_\_\_\_

NO SI ¿Ha experimentado su hijo alguna reacción desfavorable a la previa atención dental? Explique: \_\_\_\_\_

- NO  SI ¿Su niño se chupa el dedo, el pulgar o el chupón(chupete)?  
 NO  SI ¿Le duele a su hijo masticar, bostezar o abrir mucho la boca?

Por favor, maque con una X si su hijo tiene problemas con algunos de los siguientes:

- |  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Caries                  | <input type="checkbox"/> Dolor Molar/Dental | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los Dientes | <input type="checkbox"/> Traumas |
| <input type="checkbox"/> Infección en las encías | <input type="checkbox"/> Color de Dientes   | <input type="checkbox"/> Ortodoncia                  | <input type="checkbox"/> Otro    |

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Historia de Fluoruro

- NO  SI ¿Está el suministro de agua de su hogar fluorado?  
 NO  SI ¿Su hijo usa pasta dental fluorada?  
 NO  SI ¿Le da a su hijo fluoruro de alguna otra forma? ¿Que? \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_ **Limpieza:** La acumulación de placa en los dientes es el resultado de muchos tipos de alimentos. Si la placa no se retira de los dientes, puede causar caries e irritación en el tejido de las encías. La limpieza dental también puede eliminar la mayoría de las manchas. Gran parte del éxito de la limpieza depende de la calidad de la atención domiciliaria e higiene oral.

Después de la limpieza, se realiza el tratamiento con flúor. El fluoruro fortalece los dientes y puede ayudar a prevenir las caries. Su hijo debe abstenerse de comer o beber durante al menos 30 minutos para permitir que el fluoruro haga efecto. Tenga en cuenta que si se digiere el exceso de fluoruro, podría causar vómito.

Iniciales \_\_\_\_\_ **Rayos X:** Las radiografías serán necesarias antes de que se pueda dar cualquier diagnóstico. Si alguna carie o infección dental (absceso) es encontrada en la inspección visual, se necesitarán radiografías para evaluar el alcance del daño a la estructura dental.

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Solicito y autorizo al / a la Dr. Begian / Dra. McClory / Dr. Tirgari / Dra. Negar / Dra. Nara / Dr. Danesh / Dr. Mascagno o asistentes para examinar, limpiar y proporcionar tratamiento dental en los dientes de mi hijo. También solicito y autorizo la toma de radiografías dentales, según lo considere necesario el / la Dr. Begian / Dra. McClory / Dr. Tirgari / Dra. Negar / Dra. Nara / Dr. Danesh / Dr. Mascagno para diagnosticar y / o tratar los problemas dentales de mi hijo. Permitiré que se tomen fotografías de los dientes de mi hijo o de mi hijo para fines de diagnóstico. Entiendo que el tratamiento dental para niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento ayudándolos a entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. Dr. Begian / Dra. McClory / Dr. Tirgari / Dra. Negar / Dra. Nara / Dr. Danesh / Dr. Mascagno proporcionará un entorno que probablemente ayude a los niños a aprender a cooperar durante el tratamiento mediante el elogio, la explicación y demostración del procedimientos e instrumentos, y usaran un tono de voz variable. Seré responsable de los cargos incurridos del niño(a), paciente, por el tratamiento dental.

Por favor firma aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_