

Nombre: _____ Fecha: _____/_____/_____

Marque con un circulo la respuesta correcta

1. Tiene su hijo/o problemas de salud? SI NO
 2. Ha sido su hijo/o alguna vez hospitalizado? SI NO
 Si, si explique/cuando? _____
 3. Su hijo está bajo cuidado médico? SI NO
 Si, si explique _____
 4. Está tomando su niño algún medicamento ahora? SI NO
 Si, si cuales? _____
 5. Ha tenido su hijo una enfermedad o una operación grave alguna vez? SI NO
 Si, si explique _____

Tu hijo/o tiene (O alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades)?

- a. Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática? SI NO
 b. Cardiopatía congénita? SI NO
 c. Enfermedad cardiovascular? SI NO
 d. Alergias a comida o medicina? SI NO
 Si, si cuales? _____
 e. Urticaria o erupción cutánea? SI NO
 f. Desmayos o convulsiones? SI NO
 g. Diabetes? SI NO
 h. Artritis? SI NO
 i. Úlceras estomacales? SI NO
 j. Tuberculosis? SI NO
 k. Enfermedad de Veneral? SI NO
 l. Epilepsia? SI NO
 m. Anemia falciforme? SI NO
 n. SIDA SI NO
 o. Tratamiento psiquiátrico? SI NO
 p. Parálisis cerebral? SI NO
 q. Retraso mental? SI NO
 r. Discapacidad auditiva? SI NO
 s. Autismo o TDAH? SI NO
 6. Tu hijo/o está sediento la mayor parte del tiempo? SI NO
 7. Tiene la piel delicada? Le salen moretones fácilmente? SI NO
 8. Su hijo tiene algún trastorno sanguíneo? SI NO

Mujer Adolescente

1. Estás embarazada ahora o crees que puedes estarlo? SI NO
 2. Anticipa estarlo? SI NO

Historia Dental

1. Es esta la primera visita del niño a un dentista? Si no es la primera visita, Cuál fue la fecha de la última visita al dentista? SI NO
 fecha: _____
 2. Tiene su hijo una discapacidad que puede prevenir cualquier tratamiento dental? SI NO
 3. Ha tenido el niño algún problema con el tratamiento dental en el Pasado? SI NO
 4. Alguna vez el niño ha tenido radiografías dentales (rayos X) expuestas? SI NO
 5. Su hijo se queja sobre el dolor de dientes? SI NO
 6. Su hijo ha tenido llagas o hinchazones en la boca? SI NO
 7. Alguna vez el niño ha sufrido alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes? SI NO
 8. Ha tenido el niño algún problema con la erupción o el desprendimiento de dientes? SI NO
 9. Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? SI NO
 10. Qué tipo de agua bebe su hijo? ___Agua potable___ Agua de botella ___Agua filtrada___ Agua de pozo
 11. Su hijo toma suplementos de flúor? SI NO
 12. Se usa pasta dental con flúor? SI NO
 13. Cuántas veces se cepillan los dientes del niño/a por día? _____
 Cuando se cepillan los dientes? _____
 14. El niño/a se chupa el dedo pulgar, los dedos o el chupete? SI NO
 15. A qué edad el niño/a dejó de alimentar con biberón? Años _____
 Lactancia? Años _____
 16. El niño participa en actividades recreativas activas? SI NO

Al, mayor de mi conocimiento, todas las preguntas que precenten son verdaderas y correctas. Si mi hijo/o llegara a tener un cambio en su salud o sus medicamentos cambiaran, informare de inmediato a los doctors dentales de JWCH en la cita siguiente sin falta. Certifico que soy el guardian legal del niño/a nombrado arriba.

Firma del Padre:		Nombre del Padre:	
Fecha:		Telefono del Padre:	
Fecha:		Firma del Dentista:	
Historia de Salud actualizado			
Fecha:	Cambios de Slud	Firma del Padre:	Firma del Dentista:

