

Historia Medica de Niños

Nombre:	Apellido :	Inicial:	Fecha de Hoy:
Fecha de Nacimiento:	Numero de teléfono: ()		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Contacto de Emergencia :	Relación con el paciente:	Número de teléfono: ()	
¿Está bajo algún tratamiento con un medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si es así, cual es la condición que se está tratando?			
Nombre del Doctor Medico:		Fecha del último examen médico: ___/___/___	
Alergia: Favor de indicar con un circulo si usted tiene cualquiera de las siguientes alergias:			
Amoxicilina Aspirina Erythromycin Metal Medicinas de solfa Otras _____			
Anestesia Codeína Penicilina Látex Tetraciclina			
Describe los síntomas a la alergia : _____			
¿Su niño desarrolla comezón, hinchazón o irritación en los ojos después de tocar un globo, Látex, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Para las siguientes preguntas, favor de marcar las respuestas que corresponden con una X. Sus respuestas son para nuestros archivos y serán confidenciales de acuerdo a las leyes. Noté que se le harán mas preguntas sobre su salud de acuerdo a sus respuestas. Esta información es vital para poder atenderle apropiadamente. Esta clínica no usa esta información Para discriminar.

Su niño tiene alguna de las siguientes condiciones marqué **SI, NO, o NO SE** **por favor asegure de marcar todas las cajas**

Historia Medica							
	Sí	No	No Sé		Sí	No	No Sé
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amarillezco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el desarrollo del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo (presentemente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales/ Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme (Sickle cell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida/deterioro de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición del corazón/soplo cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información de Pre medicamentos / Historia Dental

Pre medicamentos:

Tiene algo de lo siguiente: por favor circule. Empalmes artificiales, tornillos, placas válvulas del corazón , shuntes

Si tiene cual es la fecha del procedimiento o condición ___/___/___

Le han dicho que necesita tomar antibióticos antes de un procedimiento dental? **Si / NO**

¿Es esta visita la primera visita a la dentista de este niño? Sí No Si no, cual es la fecha de la ultima exanimación: ___/___/___

¿Si su niño ha visto otra dentista, cual es su nombre y el número de teléfono?

Firma del Padre/Madre o Guardián

Al mejor de mi conocimiento, la historia indicada de la salud sigue siendo actual. Entiendo que cualquier cambio en la salud o de los medicamentos del paciente requiere que el formulario se actualicé de nuevo.

_____ / ___/___
 Firma del Padre/Madre o Tutor Legal Fecha

Lista Actual de Medicina

¿Está tomando alguna medicina incluyendo medicinas sin receta? Sí _____ No _____

<u>¿Qué medicinas está tomando?</u>	<u>¿ Por qué ?</u>	<u>¿Cuánto?</u>	<u>¿Con qué Frecuencia?</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Nota: Se aconseja tanto al doctor como al paciente discutir todas las preguntas relacionadas con la salud del paciente antes de comenzar el tratamiento. Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si hay alguna, han sido aclaradas a mi satisfacción. No consideraré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por cualquier acción que tome o no tome debido a errores o omisiones que pueda yo haber cometido al llenar este formulario.

Firma de paciente/tutor legal

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

Date

Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

Date

Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

Date

Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

Date