



Historia médica y dental pediátrica

Wild About Smiles
Perry Francis DDS

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				NOMBRE PREFERIDO (OPCIONAL)		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
GÉNERO M H		Raza / Etnicidad	ALTURA	PESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO		RELACIÓN CON EL PACIENTE
NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA			TELÉFONO FÍSICO (XXX-XXX-XXXX)		NOMBRE DEL ESPECIALISTA MÉDICO (SI PROCEDE)		TELÉFONO ESPECIALIZADO

¿Su hijo está siendo tratado por un médico en este momento?		SÍ NO	
En caso afirmativo, explíquelo por favor:			
¿Toma su hijo algún medicamento (recetado o de venta libre), vitaminas o suplementos dietéticos?		SÍ NO	
En caso afirmativo, indique el nombre, la dosis y la fecha de inicio:			
¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado, se ha operado o ha tenido una lesión importante?		SÍ NO	
En caso afirmativo, enumere el año y describa:			
¿Su hijo alguna vez tuvo una reacción o un problema con un anestésico?		SÍ NO	
Describir:			
¿Su hijo alguna vez tuvo una reacción o alergia a un antibiótico, sedante u otro medicamento?		SÍ NO	
En caso afirmativo, enumere y describa:			
¿Su hijo es alérgico al látex o a cualquier otra cosa como metales, acrílico o colorante?		SÍ NO	
Lista:			
¿Su hijo está al día con las vacunas contra las enfermedades infantiles?		SÍ NO	

Marque SÍ si su hijo tiene un historial de las siguientes condiciones. Para cada "SÍ", brinde detalles en el cuadro al final de la lista. Marque NO después de cada línea si ninguna de estas condiciones se aplica a su hijo.

Complicaciones antes o durante el nacimiento, prematuridad, defectos de nacimiento, síndromes o afecciones hereditarias	SÍ	NO
Problemas con el crecimiento físico o desarrollo	SÍ	NO
Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides / amígdalas	SÍ	NO
Apnea / inhalación del sueño, respiración por la boca o asfixia excesiva	SÍ	NO
Defecto congénito del corazón / enfermedad, soplo cardíaco, fiebre reumática o enfermedad cardíaca	SÍ	NO
Latidos irregulares del corazón o presión arterial alta	SÍ	NO
Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias o problemas respiratorios	SÍ	NO
Fibrosis quística	SÍ	NO
Resfriados o tos frecuente, o neumonía	SÍ	NO
Exposición frecuente al humo del tabaco	SÍ	NO
Problemas gastrointestinales como ictericia, hepatitis, problemas hepáticos, enfermedad por reflujo ácido, etc.	SÍ	NO
Intolerancia a la lactosa, deficiencias nutricionales, restricciones dietéticas, problemas de peso o trastornos alimentarios	SÍ	NO
Alergias a los alimentos. Si es SÍ, liste:	SÍ	NO
Problemas de vejiga o riñón	SÍ	NO
Artritis, escoliosis, uso limitado de brazos o piernas o problemas de músculos / huesos / articulaciones	SÍ	NO
Sarpullido / urticaria, eczema o problemas de la piel	SÍ	NO
Deficiencia de visión, audición o habla	SÍ	NO
Trastornos del desarrollo, problemas de aprendizaje / retrasos o discapacidad intelectual	SÍ	NO
Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones / convulsiones	SÍ	NO
Trastorno del espectro del autismo / autismo	SÍ	NO
Dolores de cabeza / migrañas recurrentes o frecuentes, desmayos o mareos	SÍ	NO
Hidrocefalia o colocación de derivación	SÍ	NO
Trastorno de déficit de atención / hiperactividad (ADD / ADHD)	SÍ	NO
Problemas de comportamiento, emocionales, de comunicación o psiquiátricos / tratamiento	SÍ	NO
Abuso (físico, psicológico, emocional o sexual) o negligencia	SÍ	NO
Diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia, pubertad precoz, problemas hormonales, problemas de tiroides o hipofisarios	SÍ	NO
Trastornos de la sangre tales como; anemia, anemia drepanocítica, hemofilia, sangrado excesivo, transfusiones de sangre	SÍ	NO
Cáncer, tumor, otros tumores malignos, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea / órgano	SÍ	NO
Mononucleosis, tuberculosis (TB), escarlatina, citomegalovirus (CMV), Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), infecciones de transmisión sexual (ITS) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) / SIDA	SÍ	NO

PROPORCIONAR DETALLES AQUÍ:

¿Hay algún otro historial médico importante relacionado con este niño o su familia que se le debe informar al dentista?		SÍ NO	
En caso afirmativo, explíquelo por favor:			



What is your primary concerns or thoughts about your child's oral health? Describe:

How would you describe:

la salud oral de su hijo?	Excelente	Bueno	Regular	Malo
tu salud oral?	Excelente	Bueno	Regular	Malo
la salud oral de sus otros hijos?	Excelente	Bueno	Regular	Malo
¿Hay antecedentes familiares de caries?	SÍ NO	En caso afirmativo, indique todas las respuestas que correspondan:		Madre Padre Hermana Hermana

¿Tiene su hijo un historial de alguno de los siguientes? Para cada respuesta SÍ, describa:

Características dentales heredadas	SÍ NO	
Llagas en la boca o ampollas febriles	SÍ NO	
Mal aliento	SÍ NO	
Sangrado de las encías	SÍ NO	
Caries / dientes cariados	SÍ NO	
Dolor de muelas	SÍ NO	
Lesión en los dientes, la boca o las mandíbulas	SÍ NO	
Moler sus dientes	SÍ NO	
Problemas en las articulaciones mandibulares (estallido, etc.)	SÍ NO	
Tos excesiva	SÍ NO	
Hábito de succión después de un año de edad	SÍ NO	Si es así, cuál: Dedo Pulgar Chupete Otro Cuánto tiempo

¿Con qué frecuencia cepilla su hijo los dientes?	tiempos por		¿Alguien ayuda a su hijo a cepillarse?	SÍ NO
¿Con qué frecuencia usa su hijo el hilo dental?	Nunca	A veces Diario	¿Alguien ayuda a su hijo a usar el hilo dental?	SÍ NO
¿Qué tipo de cepillo de dientes usa su hijo?	Duro Medio Suave		Inseguro	
¿Qué pasta de dientes usa tu hijo ?:			¿Usas un filtro de agua en casa?	SÍ NO
¿Cuál es la fuente de su agua potable en casa?	Suministro de la ciudad / comunidad Pozo privado		Agua embotellada	Otro

Verifique todas las fuentes de flúor que su hijo recibe:

Agua potable	Pasta dental	Enjuague sin receta	Enjuague / gel con receta	Gotas de prescripción / tabletas / vitaminas
Tratamiento con flúor en la oficina dental		Barniz de flúor por peditra / otro practicante		Otro:

Para cada respuesta SÍ, describa:

¿Su hijo regularmente come 3 comidas al día?	SÍ NO
¿Su hijo tiene una dieta especial o restringida?	SÍ NO
¿Es su hijo un "comedor quisquilloso"?	SÍ NO
¿Su hijo tiene una dieta alta en azúcares o almidones?	SÍ NO
¿Tiene alguna preocupación con respecto al peso de su hijo?	SÍ NO

¿Con qué frecuencia tiene su hijo lo siguiente?

Dulces	Raramente	1-2 veces / día	3 o más veces / día	Producto:
Chicle	Raramente	1-2 veces / día	3 o más veces / día	Tipo:
Aperitivos entre comidas	Raramente	1-2 veces / día	3 o más veces / día	Snack habitual:
refrescos / bebidas azucaradas*	Raramente	1-2 veces / día	3 o más veces / día	Producto:

(* como jugos, bebidas con sabor a fruta, gaseosas, bebidas gaseosas, bebidas carbonatadas, bebidas endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energéticas)

Tenga en cuenta otros hábitos alimentarios significativos:

¿Su hijo participa en algún deporte?	SÍ NO	Si es SÍ, liste:
¿Su hijo usa un protector bucal durante estas actividades?	SÍ NO	Si es SÍ, qué tipo::

¿Su hijo ha sido examinado o tratado por otro dentista? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ: Fecha de la primera visita	Fecha de la última visita:	Motivo de la última visita:
¿Se tomaron radiografías de los dientes o la mandíbula?	SÍ NO	Fecha de las radiografías dentales más recientes:
¿Ha tenido alguna vez su hijo tratamiento de ortodoncia (aparatos ortopédicos, espaciadores u otros dispositivos)?	SÍ NO	¿Si sí, cuándo?
¿Su hijo alguna vez tuvo una cita dental difícil?	SÍ NO	Si es SÍ, describir:
¿Cómo espera que su hijo responda al tratamiento dental?	Muy bien Bastante bien Algo mal Muy mal	
¿Hay algo más que deberíamos saber antes de tratar a su hijo?	SÍ NO	Si es SÍ, describir:
FIRMA:	FECHA	RELACIÓN CON EL PACIENTE



PREGUNTAS PARA UN NIÑO (1-3 AÑOS O LA EDAD)						
¿Había nacido el niño prematuramente?	SÍ	NO	¿En caso afirmativo, qué semana?			
¿Cuál fue el peso al nacimiento de su hijo?	Edad (en meses) cuando apareció primer diente en la boca:					
¿Cuánto tiempo fue amamantado el niño?	N/A	Menos de 6 meses	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses	2 años o más
¿Cuánto fue su hijo alimentados con biberón?	N/A	Menos de 6 meses	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses	2 años o más
Características dentales heredadas	SÍ	NO	Si es así, ¿qué tipo de fórmula?	Ready to use	Powdered	Liquid Concentrate
¿Hace / su hijo dormir con un biberón?	SÍ	NO	¿En caso afirmativo, contenido de la botella?			
¿Hace o hizo su hijo use una taza antiderrame formación (sippy cup)?	SÍ	NO	¿Ha experimentado su hijo problemas de dentición?		SÍ	NO
¿Cuándo comenzó a cepillarse sus dientes?	N/A	Menos de 6 meses	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses	2 años o más
¿Cuándo empezaste a usar pasta de dientes?	N/A	Menos de 6 meses	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses	2 años o más
¿Quién es el tomador del cuidado primario de su hijo durante el día?			¿Quién es el tomador del cuidado primario de su hijo durante la noche?			
Nombre y edad de los hermanos en casa:						
Firma:			Fecha:		RELACIÓN CON EL PACIENTE	

PREGUNTAS PARA UN PACIENTE ADOLESCENTE (PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE) (Edad 13 y más)			
¿Tiene alguna preocupación sobre su boca, dientes o su salud oral?	SÍ	NO	Si es SÍ, ¿Describir?
¿Ha tenido recientemente dolor dental oral?	SÍ	NO	Si es SÍ, ¿Describir?
¿Usted blanquear los dientes?	SÍ	NO	If SÍ, how often?
¿Ha habido cambios recientes en sus hábitos alimentarios?	SÍ	NO	Si es SÍ, ¿Describir?
¿Está tomando cualquier dieta o suplementos de hierbas?	SÍ	NO	Si es SÍ, ¿Describir?
¿Participa en deportes de contacto o deportes de alta velocidad (esquí, motos)?	SÍ	NO	Si es SÍ, ¿Describir?
<p>Reconocemos que los pacientes pueden participar en ciertas conductas o actividades que pueden tener importantes consecuencias en su salud bucal y salud general. Además, los medicamentos que utilizamos para el tratamiento de condiciones orales pueden interactuar con medicamentos (recetados, sin receta o recreativas) y otras sustancias un paciente podría usar. Por lo tanto, animamos a nuestros pacientes adolescentes a responder todas las preguntas siguientes con la verdad. Si prefiere no responder a un artículo, esperamos que discutirá las preocupaciones confidencialmente con su dentista.</p>			
Tienes antecedentes de:			
Hábitos orales (masticando las uñas, apretar/pulir dientes, etcetera).	SÍ	NO	Prefiero no responder
El consumo de tabaco (cigarrillo, pipa, cigarro, bidi, tabaco, escupir, masticar, etcetera)	SÍ	NO	Prefiero no responder
Trastorno alimentario (anorexia, bulimia, etcetera.)	SÍ	NO	Prefiero no responder
Piercings oral/joyería (incluyendo parrilla)	SÍ	NO	Prefiero no responder
Alcohol o abuso de uso/prescripción de drogas recreativas	SÍ	NO	Prefiero no responder
Uso/abuso de los inhalantes (como soplar)	SÍ	NO	Prefiero no responder
Mujeres: ¿Está embarazada o posiblemente embarazadas?	SÍ	NO	
¿Hay algo que quiera discutir confidencialmente con su dentista?	SÍ	NO	
¿Te gustaría discutir una remisión a un dentista o un odontólogo general debido a su edad?	SÍ	NO	