

SECCION 2 – HISTORIAL DE SALUD INFANTIL

(No necesita ser completado si su niño solo está recibiendo barniz de flúor)

¿Su niño alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes? Si la respuesta es SI, favor explique abajo:

| | SI | NO | | | SI | NO | |
|--|----|----|-----------------------|--|----|----|---|
| | | | Problemas del Corazón | | | | Enfermedad Renal |
| | | | Tuberculosis | | | | Problemas de Sangrado |
| | | | Hepatitis B | | | | Anemia Falciforme |
| | | | Hepatitis (otro) | | | | Problemas de la Piel |
| | | | VIH+ | | | | SIDA |
| | | | | | | | Cáncer |
| | | | | | | | Lupus |
| | | | | | | | Trastornos Temporomandibulares (TMD/TMJ) |
| | | | | | | | Articulaciones Artificiales/Pines/Tornillos |
| | | | | | | | Otras Necesidades Especiales |

Alergias:

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------|--|--|--------------------|--|--|--------------|
| | | Plata (rara) | | | Alergia Estacional | | | Medicaciones |
| | | Látex | | | Otro | | | |

Problemas del Corazón:

| | | | | | | | | |
|--|--|------------------|--|--|----------------------------------|--|--|------------------------------|
| | | Fiebre Reumática | | | Murmullo en el Corazón | | | Colapso de la Válvula Mitral |
| | | Defecto Septal | | | Válvula Artificial en el Corazón | | | Enfermedad del Corazón |

Desorden de Sangrado ___ Si ___ No
 Diabetes ___ Si ___ No Si es así ¿Es su hijo dependiente de insulina? ___ Si ___ No
 Asma ___ Si ___ No Si es así ¿Tiene su hijo un inhalador de rescate con la enfermera? ___ Si ___ No

Consideraciones Especiales – Favor circule y explique cualquiera que aplique:

Psiquiátrico Problemas Emocionales Discapacidad Física Retraso en el Desarrollo
 Deficiencia Atencional (ADD) - Deficiencia Atencional y Desorden Hiperactivo (ADHD) Autismo Epilepsia

Medicaciones – Favor enliste todos los medicamentos que su hijo (a) esta tomando y la dosis

¿Si su hijo requiere medicación (es) previa antes del tratamiento dental? ___ Si ___ No

¿Si es así, para que condición/enfermedad?

¿Cuándo fue la última vez que su hijo (a) visitó a un dentista? Favor marque: En el pasado Mas de un año Nunca

¿Por qué su hijo (a) visitó al dentista? Favor marque:

Chequeo Limpieza Dolor de boca Relleno/Sellado/Calza Extracción de diente Otro

Otra Información: Favor nos informa de cualquier cosa que crea que deberíamos saber sobre la salud de su hijo o experiencias dentales anteriores que nos puedan ayudar a tratar a su hijo o satisfacer sus necesidades específicas:

FIRMA DEL PADRE (MADRE) _____

FECHA _____