



## 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
		Látex			Medicaciones
					Otro

**Problemas del Corazón:**

		Fiebre Reumática			Murmullo en el Corazón
		Defecto Septal			Válvula Artificial en el Corazón
					Colapso de la Válvula Mitral
					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** \_\_\_\_\_