



## 8. Historia Dental

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes Habitos ?

S N Se chupa el dedo / los dedos    S N Se come las unas

S N Se chupa / se muerde los labios    S N Usa Biberon

Ha padecido o padece dificultad el (la) niño (a) asociadas con Trabajo dental?

 SI  NO

Y si a tenido explique \_\_\_\_\_

Tiene la aguja de el (la) niño (a) floristat?

 SI  NO

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos Floristats?

 SI  NO

Ha padecido o padece dolor/tiernamente En la quijada de el (la) niño (TMJ / TMD) ?

 SI  NO

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario?

 SI  NO

Seda/Floja sus dientes diario?

 SI  NO



Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o superar las regulaciones de control de infeccion sugun el OSHA, el CDC, y el ADA



## 10.

A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relacion a Paciente \_\_\_\_\_

**USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL**

Yo verbalmente reviste El medico/dental sobre la information con los padres/guardajero y paciente  
Aqui en \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Observacion de Doctor \_\_\_\_\_

Aseguro Verification: Fech Efectivo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preventivo \_\_\_\_\_%    Deductable \$ \_\_\_\_\_

Basico \_\_\_\_\_%    Maximo \$ \_\_\_\_\_

Mayor \_\_\_\_\_%    Reclamo Electrico  SI  NO

## 9. Historia Salud

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones medicas?

S N Sangra Anormalmente    S N Alguna Incapacidad

S N Alergia a alguna Droga    S N Problemas de los Oidos

S N Ha sido Hospitalizado    S N Soplo

S N Ha tenido alguna Operacion    S N Hemofilia

S N Asma    S N Hepatitis

S N Problemas del Higado / Rinones    S N SIDA ("HIV")

S N Defecto Congenito del Corazon    S N Cancer

S N Convulsiones / Epilepsia    S N Diabetes

S N Pregnancy    S N Alergia (a) producto Latex

S N Fibre Reumatica/ Escarlatina    S N Tuberculosis (TB)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que el(la) niño(a) este tomando ahora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alergico

\_\_\_\_\_

Nombre del medico de familia \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico?

 SI  NO

Por favor, describa la salud fisica del niño (a)  
 Excelente     Normal     Pobre