

NUMERO DE PACIENTE

bienvenido

Nombre Y Apellido
del Paciente

Apellido

Nombre

Inicia

Sobrenombre

Fecha de Nacimiento

Nombre Del Padre

ANTECEDENTES

ODONTOLOGICOS - CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS

1. ¿Es ésta la primera visita de su niño a un dentista?SI NO
2. ¿Si no es la primera visita, cuánto tiempo pasó desde la última visita?SI NO
3. ¿Le tomaron radiografías cuando su niño visitó su dentista anteriormente?SI NO
4. ¿Come el niño alimentos entre sus comidas regulares?SI NO
5. ¿Consume el niño dulces, sodas, ó goma de mascar?SI NO
6. ¿Cuando su niño se cepilla los dientes?
☐ ¿A levantarse? ☐ ¿Después de comer cualquier alimento?
☐ ¿Después de las comidas? ☐ ¿Al acostarse?
7. ¿Cómo recibe su niño Fluoruro?
☐ agua de la comunidad nivel ☐ agua del pozo nivel
☐ tabletas o gotas de Fluoruro ☐ el aclarado del fluoruro o gel
8. ¿Ha tenido caries anteriormente?SI NO
9. ¿Se ha extraído algún diente (ya sean dientes de leche o permanentes)?SI NO
¿Se recomendó algún tipo de aparato para los dientes?SI NO
¿Se colocó el aparato?SI NO
10. ¿Han ocurrido lesiones a los dientes, tales como caídas, golpes, roturas, etc.?SI NO
Si es así, describa
11. ¿Ha tenido el niño experiencias odontológicas desagradables?SI NO
12. ¿Ha usado alguna persona de la familia, incluso los padres, aparatos ortodóncicos?SI NO
13. ¿Ha recibido el niño alguna vez, un anestésico local?SI NO
14. ¿Ha tenido jamás su niño selladores de oclusal?SI NO
15. ¿Piensa su niño que hay algo mal con sus dientes?SI NO

ANTECEDENTES MEDICOS

1. ¿Su niño tiene algun problema de salud?SI NO
2. ¿Su niño esta bajo el cuidado de un medico?SI NO
Si, es qué si, ¿desde cuándo? ¿Por que?
3. Nombre del médico y su telefono
4. ¿Recibe su niño alguna medicina?SI NO
¿Cual?
5. ¿Su niño es alérgico a la penicilina, los antibióticos o cualquier otras drogas?SI NO
6. ¿Su niño es alérgico o sensible a cualquier metal o el látex?SI NO
7. ¿Tiene su niño algun otra alergia?SI NO
8. ¿Ha tenido su niño alguna enfermedad grave?SI NO
¿Cuando? ¿Que era?
9. ¿Ha tenido jamás su niño alguna cirugía?SI NO
10. ¿Tiene su niño un murmullo de corazón?SI NO
11. ¿La cirugía es contemplada?SI NO
12. ¿Su niño sangra severamente?SI NO
13. ¿Tiene su niño SIDA o probó positivo por VIH?SI NO
14. ¿Ha probado su niño positivo para la hepatitis?SI NO
15. ¿Padece el niño de alteraciones nerviosas?SI NO
☐ desmayos ☐ ataques
☐ mareos ☐ problemas aprediendo/obedeciendo
16. ¿Tiene su niño los dolores de cabeza frecuentes?SI NO
17. ¿Ha tenido el niño alguna de las siguientes afecciones en forma recurrente? (Circule las respuestas apropiadas) diabetes, problema de corazón, asma, infección de riñon, fiebre reumático, epilepsia, perlesia cerebral, problemas del hígado, defectos congénito al nacer, retardo mental, problemas de vista, cancer, infecciones, imperimento vocal, perdida de oír.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES DENTALES
Y MEDICOS DEL NIÑO