

CUESTIONARIO DE SALUD PARA NIÑOS

Para poder proveer un examen dental completo para su hijo(a), por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor posible.

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Dirección:		Teléfono:	
Nombre que prefiere:	Número de Seguro Social:		Edad:
Marque todas las que se apliquen: ☐ Blanco ☐ Americano Africano/Negro ☐ Hispano/Latino ☐ Indio Americano/Esquimal ☐ Asiático del Sureste ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Otros Asiáticos ☐ Prefiero no contestar			
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre:	
El(La) niño(a) es adoptado(a): ☐ No ☐ Sí		Nombre del Tutor Legal:	

HISTORIAL MÉDICO

Médico del Niño(a):	Número de Teléfono del Médico:
Fecha del último examen médico:	
¿Cómo es la salud general de su niño(a)?	
¿Su niño(a) ha tenido alguna enfermedad seria? ☐ No ☐ Sí Si respondió sí, por favor explique:	
¿Alguna vez han hospitalizado a su niño(a)? ☐ No ☐ Sí Si respondió sí, por favor explique:	
¿Su niño(a) está tomando algún medicamento en este momento? ☐ No ☐ Sí Si respondió sí, por favor escríbalos:	
Su niño(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica a alguno de los siguientes: (marque todas las que se apliquen) ☐ Ninguna ☐ Anestesia Dental ☐ Comida ☐ Antibióticos ☐ Drogas ☐ Látex Otros, por favor escríbalos:	
¿Alguna vez su niño(a) ha recibido un golpe o se ha lesionado la cabeza o dientes? ☐ No ☐ Sí Si respondió sí, por favor explique:	
¿Alguna vez su niño(a) ha recibido tratamiento de rayos-X o Terapia de Radiación? ☐ No ☐ Sí	

¿Alguna vez su niño(a) ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Marque todas las que se apliquen con un √

Condición	√	Edad	Condición	√	Edad	Condición	√	Edad
Soplo del Corazon			Problemas de Sangrado			Problemas de Audición		
Fiebre Reumática			Enfermedad de los Pulmones			TB(Tuberculosis)		
Diabetes			Enfermedad del Hígado			Problemas de Aprendizaje		
Fiebre Escarlata			SIDA			Anemia de Células Falciformes		
Enfermedad de los riñones			Problemas Emocionales			Epilepsia		
Asma			Mononucleosis			Hepatitis C		
Hepatitis A			Hepatitis B			Otro:		

--DELE LA VUELTA--

CUESTIONARIO DE SALUD PARA NIÑOS

HISTORIAL DENTAL

Su niño(a) tiene algún hábito del que debemos saber, como:			☐ Malos hábitos alimenticios	☐ Se chupa el dedo
☐ Chupete/Chupón	☐ Biberón	☐ Otros:		
¿Su niño(a) recibe flúor del agua que toma en casa?		☐ No ☐ Sí	¿Por prescripción? ☐ No ☐ Sí	
¿Su niño(a) ha tenido alguna mala experiencia en el Dentista? ☐ No ☐ Sí				
Si respondió sí, ¿Cómo podríamos ayudar?				
Fecha del último examen dental:				
¿Alguna vez le han hecho tratamiento ortodóntico a su niño(a)?			☐ No ☐ Sí	Cuando:

Yo entiendo que la información anterior es necesaria para que mi niño(a) obtenga cuidados dentales de manera segura y efectiva. He respondido todas las preguntas de la mejor manera posible, de acuerdo con mi conocimiento. Si más información fuese necesaria, ustedes tienen mi permiso para comunicarse con el proveedor de salud respectivo o agencia, los cuales pueden proveerles tal información. Yo también les doy permiso para tomar rayos-X, hacer exámenes y procedimientos de diagnóstico que sean necesarios para que mi proveedor dental pueda hacer un diagnóstico y plan de tratamiento.

Por la presente, yo autorizo al dentista de mi niño(a) y a quien el/ella designe como su asistente y/o higienista a que realice la evaluación oral inicial, tome los rayos-x necesarios y realice los exámenes de diagnóstico apropiados para establecer un plan de tratamiento para el cuidado dental de mi niño(a). Yo estoy informado(a) y entiendo completamente que hay ciertos riesgos en todo tratamiento dental. Estos riesgos incluyen, pero no están limitados, a dolor leve, sensibilidad en los dientes y encías y sangrado de las encías. Ningún procedimiento se realizará en mi niño(a) sin mi permiso.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista/Proveedor: _____ Fecha: _____