

## 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: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Africano/Negro <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano/Esquimal <input type="checkbox"/> Asiático del Sureste <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre:
El(La) niño(a) es adoptado(a): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí, por favor explique:	
¿Alguna vez han hospitalizado a su niño(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí, por favor explique:	
¿Su niño(a) está tomando algún medicamento en este momento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Anestesia Dental <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Látex Otros, por favor escríbalos:	
¿Alguna vez su niño(a) ha recibido un golpe o se ha lesionado la cabeza o dientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí, por favor explique:	
¿Alguna vez su niño(a) ha recibido tratamiento de rayos-X o Terapia de Radiación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 habito del que debemos saber, como: <input type="checkbox"/> Malos hábitos alimenticios <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo <input type="checkbox"/> Chupete/Chupón <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Otros:
¿Su niño(a) recibe flúor del agua que toma en casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                      ¿Por prescripción? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Su niño(a) ha tenido alguna mala experiencia en el Dentista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí, ¿Cómo podríamos ayudar?
Fecha del último examen dental:
¿Alguna vez le han hecho tratamiento ortodóntico a su niño(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_