

Historial Médico/Dental de Niños

Nombre del niño /a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

de Seguro Social: _____ Genero: Masculino / Femenino

¿Tiene su niño (a) alergia a lo siguiente?

SÍ	NO		<i>Notas para el dentista solamente</i>
		Látex	
		Penicilina /algún otro antibiótico	
		Codeína / algún otro narcótico	
		Anestesia local	
		Comida / Otro:	

¿Ha tenido su niño (a) algo de lo siguiente?

SÍ	NO		<i>Notas para el dentista solamente</i>
		Soplo cardiaco	
		Enfermedad congénita del corazón	
		Asma ,fibrosis cística del páncreas, enfermedades respiratorias	
		Ictericia, Hepatitis, Enfermedad del hígado	
		Diabetes, enfermedades de tiroides o problemas endocrinos	
		Enfermedad de los riñones	
		Enfermedades neurológicas, parálisis cerebral, convulsiones	
		Enfermedades transmitidas sexualmente	
		HIV/AIDS	
		Anemia, hemofilia, alguna otra enfermedad de la sangre	
		Anemia de células falciformes	
		Cáncer	
		Problemas del habla	
		Problemas con los oídos	
		Historial de nacimiento prematuro	
		Enfermedades de los ojos o de la vista	
		Retraso mental o retraso en el desarrollo	
		¿Ha recibido su niño(a) transfusiones de sangre	
		¿Ha estado su niño (a) hospitalizado alguna vez?	
		¿Ha estado su niño (a) seriamente enfermo?	



dental aid

because everyone deserves dental health

www.dentalaid.org

		¿Ha tenido su niño (a) alguna cirugía?	
		Tiene su niño (a) dolor en los dientes	
		Tiene su niño (a) inflamación en la boca	
		Lesiones en los dientes o la cara	
SÍ	NO		Notas para el dentista solamente
		¿A tenido su niño (a) alguna experiencia dental desagradable?	
		¿Toma su niño (a) agua que contiene fluoruro?	
		¿Tiene su niño (a) el habito de chuparse el dedo?	
		¿Tiene su niño (a) alguna otra condición dental?	
		¿Tiene su niño(a) alguna otra enfermedad o condición médica que nosotros debamos saber?	

¿Su niño (a) toma algún medicamento? Sí/NO

¿Cuál? _____

Por favor responda a las siguientes preguntas si su hijo (a) es un (a) adolescente:

Podría su hija estar embarazada? Sí/NO

¿Cuántas semanas tiene? _____

¿En la actualidad, esta su hijo (a) usando productos de tabaco? Sí/NO ¿Qué tipo? _____

¿En la actualidad, esta su hijo (a) usando alcohol o drogas ilícitas? Sí/NO ¿Qué tipo? _____

Por favor indique el nombre, dirección y teléfono del médico de familia de su niño (a):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Medicaid: Sí/NO Numero de Medicaid: _____

CHP+: Sí/NO Numero del Plan: _____

Delta Dental: Sí/NO Numero del Plan: _____ # de ID _____

Otro Seguro: Sí/NO Numero del Plan: _____ # de ID _____

Nombre de la compañía de seguro y dirección: _____

Con el propósito de dar el mejor cuidado para su niño (a), la visita de hoy podría incluir radiografías dentales, una limpieza profesional de los dientes, tratamiento de fluoruro y un examen completo. Entiendo que al firmar estoy dando mi consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____

LOUISVILLE: 877 South Boulder Road, Louisville, CO 80027 • 303.665.8228

BOULDER: 4155 Darley Avenue, Boulder, CO 80305 • 303.499.7072

LONGMONT: 1715 Princess Drive, Longmont, CO 80501 • 303.682.2619