

Actualización del Historial Médico

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **HISTORIA #:** _____

¿Hay algún cambio en su historial médico, incluidos los medicamentos que toma, desde la última vez que rellenó este formulario? Sí No

HISTORIAL MÉDICO

SÍ **NO** **CONDICIONES**

¿Las vacunas están al día?

¿Su hijo ha sido diagnosticado y/o tratado por algo de lo siguiente?

Hemorragia anormal/Hemofilia

TDA/TDAH

Anemia

Alergias (estacionales) o fiebre del heno

Asma/Enfermedad Reactiva de las Vías Respiratorias

Autismo/ASD

Problemas óseos/articulares

Cáncer/Tumor/Leucemia

Labio leporino y/o paladar hendido

Defecto cardíaco congénito

Diabetes

Dificultad respiratoria

SÍ **NO** **CONDICIONES**

Deficiencia auditiva/visual

Cardiopatía/Murmullo

VIH+/SIDA/Trastorno inmunitario

Problemas renales

Problemas hepáticos

Psiquiatría/Salud mental

Fiebre reumática/escarlatina

Anemia de células falciformes

Ataques/Epilepsia/Convulsiones

Problemas de sinusitis

Trastornos estomacales/intestinales

Problemas de tiroides

Tuberculosis

Problemas de riñón/hígado

SÍ **NO** **CONDICIONES**

Alergia a medicamentos

Alergia a alimentos

Alergia al látex u otros materiales

Toma medicamentos

En caso afirmativo, indique las alergias _____

En caso afirmativo, indique la medicación actual _____

¿Está contento con las visitas previas del niño al dentista? Sí No

¿Ha tenido el niño alguna experiencia dental o médica anterior desfavorable? Sí No

En caso afirmativo, describa _____

Describe el temperamento de su hijo/a _____

Nombre una cosa que le guste de verdad _____

SÍ **NO** **CONDICIONES**

Nacimiento prematuro

Enfermedad grave

Hospitalización

Cirugía

En caso afirmativo, describa _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del pediatra/médico _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha de la última visita _____

Por la presente certifico que he leído lo anterior, que la información que he dado es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a este consultorio de los cambios en el estado médico del niño. **Autorizo a los doctores y al personal de Seahorse Kids Dental a realizar a mi hijo radiografías, exámenes, limpieza profesional, tratamiento de fluoruro y además doy permiso para realizar el tratamiento dental recomendado y acordado mutuamente, como se presenta en el plan de tratamiento.**

Nombre del Padre/Tutor _____

Firma _____

Fecha _____

Firma del doctor _____

Fecha _____