

# Health History – Child

Information is for our records only and will be kept confidential

Patient ID Label

NOMBRE DEL MENOR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GÉNERO:  Masculino  Femenino

NOMBRE DEL PADRE/MADRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

SI LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NO ES EL PACIENTE, ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL PACIENTE?  
 \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN REALIZADO POR EL MÉDICO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO(A) ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

¿TIENE SU HIJO(A) BUENA SALUD?  Sí  No

¿HA TENIDO SU HIJO(A) ALGUNA ENFERMEDAD U OPERACIÓN GRAVE?  SÍ  NO

SI CONTESTÓ QUE “SÍ”, ¿CUÁL FUE LA ENFERMEDAD U OPERACIÓN? \_\_\_\_\_

¿TIENE SU HIJO(A) ANTECEDENTES DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS? (Marque la casilla para Sí)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas dañadas o válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea         |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco   | <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia    | <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos         |
| <input type="checkbox"/> Lesión cardíaca congénita                                    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis            | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                      |
| <input type="checkbox"/> Alergia a _____  | <input type="checkbox"/> Tos persistente         | <input type="checkbox"/> Otro trastorno inmunosupresor |
| <input type="checkbox"/> Problema de senos nasales                                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia               | <input type="checkbox"/> Fácil aparición de hematomas  |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Desmayo o convulsiones  | <input type="checkbox"/> Ciclo menstrual irregular     |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno  | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Embarazo                      |
| <input type="checkbox"/> Urticaria o erupción cutánea                                 | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal              |
|   | <input type="checkbox"/> TDAH                    |  |

¿TIENE SU HIJO(A) ANTECEDENTES DE ALERGIAS O REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS? (Marque la casilla para Sí)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anestesia local     | <input type="checkbox"/> Penicilina       | <input type="checkbox"/> Codeína u otro narcótico |
| <input type="checkbox"/> Yodo                | <input type="checkbox"/> Otro antibiótico | <input type="checkbox"/> Analgésico para niños    |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos sulfas |   | <input type="checkbox"/> Otros medicamentos       |

¿Ha tenido su hijo(a) anteriormente algún problema con un tratamiento dental?  SÍ  NO

(Si contestó que “Sí”, explique)

¿Tiene su hijo(a) alguna otra enfermedad, afección o dolencia que cree que deberíamos conocer? (Si contestó que “Sí”, explique)

La información anterior es precisa y completa a mi leal saber y entender. No haré responsable a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

_____ Firma del padre/madre/tutor	_____ Nombre del intérprete en imprenta	_____ Firma del intérprete
_____ Firma del dentista / Fecha		