

CHILDREN'S CORNER PEDIATRIC DENTISTRY

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

(Sus respuestas son para nuestros registros exclusivamente y son estrictamente confidenciales)

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

Nombre del niño: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____
Nombre del pediatra: _____ Tel: _____ Ortodoncista: _____ Tel: _____

HISTORIA CLÍNICA:

¿Su hijo está actualmente bajo atención médica, o lo ha estado durante los últimos 5 años, incluso hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencias? Sí No
Si la respuesta es "sí", explique el motivo. _____

- | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|---|--|
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Fiebre reumática? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Enfermedades mentales? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Heridas o cortes que tardan en curarse? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Enfermedad cardíaca reumática? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Trastornos renales? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Escarlatina? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Soplo cardíaco/problemas cardíacos? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Asma? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Tuberculosis? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Problemas de audición/del habla? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Desmayos o mareos? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Hemorragias? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Retraso en el desarrollo? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Problemas de tiroides o glandulares? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Rasgo falciforme? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Diabetes? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Enfermedad hepática? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿SIDA/VIH? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Hepatitis? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Tratamiento contra el cáncer? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿CRS (complejo rel. con el SIDA)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Leucemia? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Resfríos frecuentes? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Anemia? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Epilepsia (convulsión o ataques)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Defectos de nacimiento/malformaciones? |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Hipertensión? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Magulladuras o hemorragias nasales frecuentes? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Vacunas actualizadas? |

MEDICAMENTOS:

Enumere todos los medicamentos que su hijo esté tomando actualmente (antibióticos, analgésicos, medicamentos para el corazón, vitaminas):

ALERGIAS:

- | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Reacción: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Reacción: |
|---|---------------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Anestésicos locales (lidocaína) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Codeína/narcóticos |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Anestésicos generales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Penicilina, sulfamidas |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Aspirina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Látex |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Soja, frutos secos o huevos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Otros (enumere): |

HISTORIA CLÍNICA DENTAL:

¿Su hijo ha tenido algún accidente que involucre los dientes o las mandíbulas? Sí No Fecha: _____
Si la respuesta es "sí", explique el motivo. _____

¿Su hijo tiene o hace algo de lo siguiente?

- | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------|---|-------------------------------------|
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Chuparse el pulgar o los dedos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Apretar o rechinar los dientes | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sacar la lengua | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Respiración por la boca |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dientes faltantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dientes supernumerarios | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dientes impactados | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tumores o quistes en las mandíbulas |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dientes deformados o decolorados | | | | | | |

Marque todas las palabras que mejor sirvan para describir al niño o adolescente:

- | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Sano | <input type="checkbox"/> Amistoso | <input type="checkbox"/> Servicial | <input type="checkbox"/> Malcriado | <input type="checkbox"/> Parlanchín | <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Timido | <input type="checkbox"/> Nervioso | <input type="checkbox"/> Taciturno | <input type="checkbox"/> Enfermizo | <input type="checkbox"/> Desconfiado | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Miedoso | <input type="checkbox"/> Rebelde |

HISTORIAL QUIRÚRGICO:

Indique cualquier cirugía o procedimiento anterior al que haya sido sometido su hijo:
¿Náuseas y vómitos? Sí No ¿Hipertermia maligna? Sí No ¿Historial familiar de complicaciones por anestesia? Sí No
¿Hemorragia prolongada? Sí No ¿Transfusiones de sangre? Sí No Si la respuesta es "sí", especifique: _____

CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

Por el presente certifico que la información que aparece anteriormente con respecto a la historia clínica de _____ (el paciente antes mencionado) es completa, veraz y correcta y que el Children's Corner Pediatric Dentistry, sus colaboradores, colegas, miembros del personal y cualquier otra persona que participe en o colabore en el tratamiento del paciente puede confiar en ella para cualquier propósito.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

PARENTESCO/RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL CIRUJANO: _____ **FECHA:** _____

ACTUALIZADO EL: _____ **INICIALES DEL PACIENTE:** _____ **REVISADO POR:** _____

Etiqueta del paciente