

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 _____