Formulario de historia clínica y dental de TAPM

Nombre del niño:_____**Fecha de nacimiento:**_____**Fecha:** _____

Historia clínica y dental

La salud general de su hijo, así como cualquier medicamento que tome, puede tener una relación importante con la atención dental que reciba. Responda todas las preguntas que figuran a continuación.

Historia

Médico del niño: _____

Dirección del médico: _____

_____

Fecha del último examen físico: _____

_____

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

Asma	Sí	No
Cáncer/Tumores	Sí	No
Hepatitis	Sí	No
VIH/SIDA	Sí	No
Hemofilia	Sí	No
Diabetes	Sí	No
Problemas renales	Sí	No
Problemas hepáticos/ gastrointestinales	Sí	No
Anomalías endocrinas	Sí	No
Alergias (estacionales)	Sí	No
Alergias (alimentarias o a medicamentos)	Sí	No
Explique		
Problemas de audición	Sí	No
Trastornos oculares	Sí	No
Problemas respiratorios/pulmonares	Sí	No
Trastornos sanguíneos	Sí	No
Reacciones adversas a medicamentos	Sí	No
Fiebre reumática	Sí	No
Defecto cardíaco congénito	Sí	No
Defecto congénito (mental/físico)	Sí	No
Retrasos en el desarrollo físico/mental	Sí	No
Problemas de comportamiento y aprendizaje	Sí	No
	Sí	No
Convulsiones/epilepsia	Sí	No
Retrasos en el desarrollo social	Sí	No
Dolores de cabeza recurrentes/frecuentes	Sí	No
Tuberculosis	Sí	No
Infecciones frecuentes	Sí	No
Lesiones significativas	Sí	No

clínicaMedicamentos del niño

Indique los medicamentos de su hijo y las dosis correspondientes:

_____

_____

_____

_____

Historia dental

¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre la salud dental de su hijo?

¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia su hijo usa hilo dental? _____

¿Usted ayuda a su hijo a cepillarse los dientes o a usar el hilo dental? Sí No

Fecha de la última visita dental/_____radiografías

Dentista anterior

¿Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo?

¿Su hijo tiene una dieta saludable?

En la familia de su hijo, ¿hay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encías?	Sí	No
¿El agua que bebe su hijo contiene flúor?	Sí	No
¿Su hijo toma suplementos de flúor?	Sí	No

En caso afirmativo, dosis:

Hábitos del niño:

¿Se chupa el dedo, usa chupete o se muerde los labios?	Sí	No
¿Se muerde o se come las uñas o muerde objetos duros?	Sí	No
¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula?	Sí	No
¿Usa biberón o vaso con boquilla?	Sí	No
¿Se alimenta con leche materna?	Sí	No
¿Durante cuánto tiempo?		
¿Come o bebe después de cepillarse los dientes?	Sí	No
¿Se cepilla antes de dormir?	Sí	No
¿Bebe más de un vaso de jugo, té, refresco o bebida deportiva al día?		
¿Tiene antecedentes de traumatismos dentales?	Sí	No
	Sí	No

Explique _____

Hospitalizaciones	Sí	No
Explique _____		
Sangrado anormal	Sí	No
Antecedentes de transfusiones de sangre	Sí	No
Fecha _____		
Enfermedades cardíacas	Sí	No
Soplo cardíaco	Sí	No
Tipo _____		
Se necesitan medicamentos antes del procedimiento	Sí	No

Explique cualquier otro problema médico que tenga su hijo: _____
_____

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

A mi leal saber y entender, he respondido con precisión todas las preguntas de este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la clínica dental sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mi hijo durante el periodo de atención dental, a pagadores terceros y/o profesionales de la salud. También doy mi consentimiento para cualquier radiografía (rayos X) necesaria para un diagnóstico adecuado.

X _____
Firma del padre/madre o tutor legal Fecha

X_____
Revisado por TAPM Fecha