Formulario de historia clínica y dental de TAPM

ombre 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.

Fecha del último examen físico:	Historia			clínicaMedicamentos del niño		
Pecha del último examen físico:	Médico del niño:			Indique los medicamentos de su hijo y las d	osis cori	respondientes:
25u hijo ha tenido alguna de las siguientes afecciones?						<u> </u>
Asma Sí No ¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre la salud dental de su hijo? Hepatitis Sí No ¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes?	Fecha del último examen físico:					
Asma Sí No ¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre la salud dental de su hijo? Hepatitis Sí No ¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes?	¿Su hijo ha tenido alguna de las s	iguiente:	s afecciones?	Historia dental		
Câncer/Tumores	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	_				· la
Hepatitis Si No 2/Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes?		Sí	No		C3 30 51 C	. 14
Viti/SIDA Si No ¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes?	-	Sí	No	salad defital de sa filjo.		
Hemofilia Sí No ¿Con qué frecuencia su hijo usa hilo dental? Diabetes Sí No ¿Usted ayuda a su hijo a cepillarse los dientes o a usar el Problemas renales Sí No hilo dental? Sí No Problemas hepáticos/ Sí No hilo dental? Sí No Problemas hepáticos/ Sí No Hilo dental? Sí No Problemas hepáticos/ Sí No Hilo dental? Sí No Pecha de la última visita dental/ radiografías pastrointestinales Dentista anterior Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo?				¿Con qué frecuencia su hijo se cenilla los dientes?		?
Diabetes Sí No ¿Usted ayuda a su hijo a cepillarse los dientes o a usar el Problemas renales Sí No hilo dental? Sí No Problemas hepáticos/ Sí No Eecha de la última visita dental/radiografías gastrointestinales Anomalías endocrinas Sí No ¿Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo? Alergias (estacionales) Sí No ¿Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo? Alergias (estacionales) Sí No ¿Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo? Alergias (alimentarias Sí No ¿Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo? Alergias (alimentarias Sí No ¿Explique Problemas de audición Sí No En la famillia de su hijo, ¿hay antecedentes familliares de caries dentales o enfermedades de las encías? Sí No Yo ¿Esta lagua que bebe su hijo contiene flúor? Sí No Problemas Sí No ¿Esta lagua que bebe su hijo contiene flúor? Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No ¿Ese chupa el dedo, usa chupete Sí No Congénito Sí No ¿Se chupa el dedo, usa chupete Sí No Congénito Sí No ¿Se chupa el dedo, usa chupete Sí No Congénito Sí No ¿Se muerde o se come las uñas Sí No muerde objetos duros? ¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula? ¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula? ¿Se alimenta con leche materna? Sí No Convusiones/epilepsia Sí No ¿Durante cuánto tiempo? ¿Como o bebe después de Sí No Convusiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Convusiones/epilepsia Sí No ¿Ebe más de un vaso de jugo, té, refresco o bebida deportiva al día? Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No Etamatismos dentales? Sí No Infecciones frecuentes Sí No Etamatismos dentales? Sí No Infecciones frecuentes Sí No Etamatismos dentales?	-		No			
Problemas nenales Si No Fecha de la útima vista dental/radiografías gastrointestinales Anomalías endocrinas Si No Alergias (alimentarias Si No Alergias (alimentarias Si No Alergias (alimentarias Si No O a medicamentos) Explique Froblemas de audición Si No Explique Froblemas de audición Si No Fecha de la útima experiencia dental de su hijo? Alergias (alimentarias Si No O a medicamentos) Explique Froblemas de audición Si No En la familia de su hijo, chay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encías? Si No Froblemas Froblemas Si No Fecha de la útima experiencia dental de su hijo? Explique Froblemas de audición Si No En la familia de su hijo, chay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encías? Si No Frastornos coulares Froblemas Froblemas Si No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: Fecha de la útima experiencia dental de su hijo? Froblemas F						
Problemas hepáticos/ gastrointestinales Sí No ¿Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo? Alergías (estacionales) Alergías (estacionales) Sí No Alergías (alimentarias Sí No Alergías (alimentarias Sí No O a medicamentos) Explique Problemas de audición Sí No En la familia de su hijo, chay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encias? Sí No Trastornos oculares Sí No Feblemas Sí No En la familia de su hijo, chay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encias? Sí No Trastornos oculares Sí No Feblemas Sí No Feblemas Sí No Feblemas Sí No Feblemas Bí No Feblemas adversas a Febler reumática Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto congénito Sí No Seemuerde los labios? Reacriones de la desarrollo Sí No Gesemuerde o se come las uñas Sí N					iics o a	usui ci
gastrointestinales Anomalias endocrinas Sí No Alergias (estacionales) Explique Froblemas de audición Sí No Trastornos oculares Sí No Espiratorios/pulmonares Sí No Espiratorios/pulmonares Sí No Espiratorios/pulmonares Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No Efecto cardíaco Congénito Congénito Sí No Defecto cardíaco Sí No Efecto congénito Sí No Esperatorios Sí No Espiratorios Sí No Espiratorios Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No Efebra reumática Sí No Efecto cardíaco Sí No Efecto cardíaco Sí No Efecto cardíaco Sí No Efecto cardíaco Sí No Efecto congénito Congénito Sí No Espiratorios de flúor? Sí No Espiratorios de flúor? Sí No Espiratorios de flúor? Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No Efecto cardíaco Sí No Esperatorios de flúor? Sí No Espiratorios de flúor? Sí No Espiratorios de flúor? Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No Espiratorios de flúor? Sí No Espirator						6 ′
Anomalías endocrinas Sí No ¿Cómo describiría la última experiencia dental de su hijo? Alergias (estacionales) Sí No O a medicamentos) Explique Problemas de audición Sí No Trastornos oculares Sí No Problemas Sí No En la familia de su hijo, ¿hay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encías? Sí No Trastornos oculares Sí No Trastornos oculares Sí No Espiratorios/pulmonares Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No Fiebre reumática Sí No Defecto cardíaco Sí No Efecto cardíaco Sí No Efecto congénito (mental/físico) Sí No Espiratorios/pulmonares Sí No Espiratorios/pulmonares Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: Mo No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: Mo No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: Mo No No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: Mo No No No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: No No No No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: No	-	٥.	110		radı	ografias
Alergias (estacionales) Alergias (alimentarias) Sí No Alergias (alimentarias) Sí No Si No	_	Sí	No			su hiio?
Alergias (alimentarias Sí No Explique Explique Explique Explique Establishmentarias Sí No En la familia de su hijo, ¿hay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encias? Sí No Problemas de audición Sí No En la familia de su hijo, ¿hay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encias? Sí No Problemas Sí No Esta gua que bebe su hijo contiene flúor? Sí No respiratorios/pulmonares Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: Há			No	como desensina a alama experiencia a	cirtai ac	. sa mjo:
o a medicamentos) Explique Froblemas de audición Sí No En la familia de su hijo, chay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encías? Sí No Trastornos oculares Sí No ¿El agua que bebe su hijo contiene flúor? Sí No respiratorios/pulmonares Sí No En caso afirmativo, dosis: Reacciones adversas a Hábitos del niño: medicamentos Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto cardíaco Sí No ¿Se chupa el dedo, usa chupete Sí No Congénito Defecto congénito Sí No ¿Se muerde o se come las uñas Sí No Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Se muerde o se come las uñas Sí No Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Se muerde o se come las uñas Sí No ¿Se muerde o se come las uñas Sí No ¿Se muerde o se come las uñas Sí No ¿Se muerde o se come las uñas Sí No ¿Se muerde o betes duros? ¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula? Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No y aprendizaje Sí No ¿Durante cuánto tiempo? ¿Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Durante cuánto tiempo? ¿So cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No lifecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes Sí No ¿Tiene antecedentes de	= '		No			
Explique Problemas de audición Sí No En la familia de su hijo, ¿hay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encías? Sí No Problemas Sí No Problemas Sí No Sél agua que bebe su hijo contiene flúor? Sí No Respiratorios/pulmonares Sí No En caso afirmativo, dosis: Habitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Habitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Habitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Habitos del niño: medicamentos Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto congénito Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No (mental/físico) Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No (mental/físico) Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case muerde o se come las uñas Sí No Case de bede o se come las uñas Sí No Case de ledearrollo Sí No Case de ledearrollo Sí No Case o bebe después de Sí No Caperolizarse los dientes? Convulsiones/epilepsia Sí No Caperolizarse los dientes? Case cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No Cabe de bebe después de Sí No Caperolizarse los dientes? Case cepilla antes de dormir? Sí No Caperolizarse los dientes? Caperolizarse los di		-				
Problemas de audición Sí No En la famillia de su hijo, ¿hay antecedentes familiares de caries dentales o enfermedades de las encías? No Problemas Froblemas Sí No El agua que bebe su hijo contiene flúor? Sí No Frastornos sanguíneos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: medicamentos Sí No Sée chupa el dedo, usa chupete Sí No Defecto cardiaco Sí No Sée muerde o se come las uñas Sí No (mental/físico) Retrasos en el desarrollo Sí No Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No ¿Se cepilla antes de domir? Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, refresco o bebida deportiva al día? Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Sí No Sí No Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Sí No Sí No Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Sí No Sí No Sí No Infecciones frecuentes Sí No Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No	,			Coldebules etaib cau anoit aid us:		
Trastornos oculares Sí No Problemas Sí No Froblemas Sí No Séu hijo toma suplementos de flúor? Sí No Frespiratorios/pulmonares Sí No Frastornos sanguíneos Sí No Frastornos sanguíneos Reacciones adversas a medicamentos Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto congénito Mental/físico) Sí No Sés muerde objetos duros? Reacriones adversas Sí No Defecto congénito Defecto congénito Sí No Sés muerde os e come las uñas O muerde objetos duros? Reacriasos en el desarrollo Sí No Sés muerde os ecome las uñas O muerde objetos duros? Retrasos en el desarrollo Sí No Sés muerde os ecome las uñas Sí No Sés muerde os ecome las uñas O muerde objetos duros? Retrasos en el desarrollo Sí No Sés muerde os ecome las uñas O muerde objetos duros? Sí No Servina los dientes o aprieta la mandíbula? Retrasos en el desarrollo Sí No Sés alimenta con leche materna? Sí No Sourante cuánto tiempo? Convulsiones/epilepsia Sí No Sécome o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No Secome o bebe después de Sí No Cepillarse los dientes? Séc cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No La Bebe más de un vaso de jugo, té, refresco o bebida deportiva al día? Tiberculosis Sí No Infecciones frecuentes Inceptica de portivos dentales? Sí No Infecciones frecuentes Incept					£:1:	
Problemas Si No Sun Sunguíneos Si No Sun Sunguíneos Si No En caso afirmativo, dosis: Hábitos del niño: Mo Sieber reumático Si No Fiebre reumática Si No Defecto cardíaco Si No Sieber congénito Defecto congénito Si No Siemuerde los labios? Defecto congénito Mo Se muerde os ecome las uñas Mo muerde objetos duros? ARechina los dientes o aprieta la mandíbula? Retrasos en el desarrollo Si No Sieber de de comportamiento Si No Sieber de de comportamiento Si No Sieber de de comportamiento Si No Sieber de de de comportamiento Si No Acome o bebe después de Si No Retrasos en el desarrollo social Si No Convulsiones/epilepsia Si No Convulsiones/epilepsia Si No Come o bebe después de Si No Cepillarse los dientes? Sie cepilla antes de dormir? Si No Dolores de cabeza Si No Abee más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Si No Aliene antecedentes de Si No Liene antecedentes de Liene ante			No			
respiratorios/pulmonares Si No ¿Su hijo toma suplementos de flúor? Si No Trastornos sanguíneos Reacciones adversas a medicamentos Si No Defecto cardíaco Si No Defecto cardíaco Si No Si No Si No Defecto congénito Congénito Defecto congénito Si No Si No Si No Assembled dedo, usa chupete Si No congénito Defecto congénito (mental/físico) Si No Exempled os ecome las uñas Si No mandíbula? Retrasos en el desarrollo Si No Si No Exempled os ecome las uñas Si No Mo Assembled os ecome las uñas Si No Mo Si No Si		Sí	No			No
Trastornos sanguíneos Sí No En caso afirmativo, dosis: Reacciones adversas a medicamentos Fiebre reumática Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto congénito Defecto congénito Sí No Defecto congénito Sí		C:	NI -			
Reacciones adversas a medicamentos Sí No Fiebre reumática Sí No Defecto cardíaco Sí No Defecto congénito Sí No Congénito Sí No Congénito Sí No Comental/físico) Retrasos en el desarrollo Sí No Sisco/mental Problemas de comportamiento Sí No Sy aprendizaje Sí No Convulsiones/epilepsia Sí No Convulsiones/epi			-	¿Su hijo toma suplementos de flúor?	Sí	No
Fiebre reumática Sí No Defecto cardíaco Sí No Sí No Sée chupa el dedo, usa chupete Sí No congénito Defecto congénito Sí No Sée muerde o se come las uñas Sí No (mental/físico) Sí No amuerde objetos duros? ¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula? Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No y aprendizaje Sí No ¿Durante cuánto tiempo? Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No La servaciona de cabes? Sí No La servación de cabes? Sí No La servación de cabes? Sí No ¿Si No ¿Tiene antecedentes de Sí No La servación de cabes? Sí No No Infecciones frecuentes Sí No La servación de cabes? Sí No La servación de cabes? Sí No La servación de cabes? Sí No La servación de cabes de Sí No No La servación de cabes de Sí No No La servación de comportante de de Sí No No La servación de cabes de Sí No No La servación de comporta de Sí No No No La servación de comporta la Sí No No No La servación de comporta la Sí No No No No No La servación de comporta la No No No No No No No La servación de comporta la No No No No No No No No No N	Trastornos sanguíneos Reacciones adversas a	SI	No	•		
Defecto cardíaco Sí No Sí No Sée chupa el dedo, usa chupete Sí No congénito Defecto congénito Sí No Sée muerde los labios? No Sée muerde os e come las uñas Sí No muerde objetos duros? ¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula? Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Usa biberón o vaso con físico/mental Problemas de comportamiento Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No y aprendizaje Sí No ¿Durante cuánto tiempo? Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No ¿Se cepilla antes de dormir? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, refresco o bebida deportiva al día? Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No	medicamentos	Sí	No			
congénito Defecto congénito Sí No (mental/físico) Retrasos en el desarrollo Sí No y aprendizaje Convulsiones/epilepsia Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No ¿Se muerde o se come las uñas o muerde objetos duros? ¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula? Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Usa biberón o vaso con boquilla? Problemas de comportamiento Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No ¿Durante cuánto tiempo? Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, refresco o bebida deportiva al día? Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes Sí No	Fiebre reumática	Sí	No			
congénito Defecto congénito (mental/físico) Sí No (mental/físico) Retrasos en el desarrollo Sí No (físico/mental Problemas de comportamiento Sí No y aprendizaje Convulsiones/epilepsia Retrasos en el desarrollo social Sí No Retrasos en el desarrollo Sí No Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Cepillarse los dientes? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes	Defecto cardíaco	Sí	No	¿Se chupa el dedo, usa chupete	Sí	No
(mental/físico) o muerde objetos duros? ¿Rechina los dientes o aprieta la mandíbula? Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Usa biberón o vaso con físico/mental Problemas de comportamiento y aprendizaje Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No cepillarse los dientes? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, refresco o bebida deportiva al día? Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No Lamerde objetos duros? ¿Sí No Allores de cabeza Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No ¿Tiene antecedentes? Sí No	congénito					
Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Usa biberón o vaso con físico/mental Problemas de comportamiento Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No y aprendizaje Sí No ¿Durante cuánto tiempo? Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes Sí No Infecciones frecuentes	=	Sí	No		Sí	No
Retrasos en el desarrollo Sí No ¿Usa biberón o vaso con Sí No físico/mental Problemas de comportamiento Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No ¿Durante cuánto tiempo? Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No Cepillarse los dientes? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes? Sí No No				¿Rechina los dientes o aprieta la	Sí	No
Problemas de comportamiento Sí No ¿Se alimenta con leche materna? Sí No y aprendizaje Sí No ¿Durante cuánto tiempo? Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No cepillarse los dientes? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes?	Retrasos en el desarrollo	Sí	No		Sí	No
y aprendizaje Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No cepillarse los dientes? Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes	físico/mental			boquilla?		
y aprendizaje Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No Retrasos en el desarrollo social Sí No Cepillarse los dientes? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes? Sí No	Problemas de comportamiento	Sí	No	¿Se alimenta con leche materna?	Sí	No
Convulsiones/epilepsia Sí No ¿Come o bebe después de Sí No cepillarse los dientes? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No traumatismos dentales?			No	¿Durante cuánto tiempo?		
Retrasos en el desarrollo social Sí No cepillarse los dientes? ¿Se cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No			No	¿Come o bebe después de	Sí	No
ZSe cepilla antes de dormir? Sí No Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes refresco o bebida deportiva al día? Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No		Sí	No	cepillarse los dientes?		
Dolores de cabeza Sí No ¿Bebe más de un vaso de jugo, té, recurrentes/frecuentes Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No traumatismos dentales? Sí No				¿Se cepilla antes de dormir?	Sí	No
recurrentes/frecuentes refresco o bebida deportiva al día? Tuberculosis Sí No infecciones frecuentes Sí No traumatismos dentales? Sí No	Dolores de cabeza	Sí	No			
Tuberculosis Sí No ¿Tiene antecedentes de Sí No Infecciones frecuentes Sí No traumatismos dentales? Sí No				, , ,		
Infecciones frecuentes Sí No traumatismos dentales? Sí No	Tuberculosis	Sí	No	·	Sí	No
ti daniadomos dentales,	Infecciones frecuentes		No			
			No	admaismos defidies.	- ·	

Formulario de historia clínica y dental de TAPM

No No	la divulgación de información A mi leal saber y entender, he respondido con precisión to las preguntas de este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso pa
_	. •
No	
No	la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la clíni dental sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hij
No No	Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo diagnóstico y registros de cualquier tratamiento examen realizado a mi hijo durante el periodo
No	de atención dental, a pagadores terceros y/o
enga su 	profesionales de la salud. También doy mi consentimiento para cualquier radiografía (rayos X) necesaria para un diagnóstico adecuado.

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

diagnóstico adecuado.	·
x	
Firma del padre/madre o tutor legal	Fecha
X	

Fecha

Revisado por TAPM