

Cuestionario de Salud Infantil

Fecha de Hoy _____
 Nombre Completo * _____ SSN _____ email _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo Unkno Teléfono de Casa # _____
 Domicilio _____ Teléfono del Trabajo # _____
 _____ Teléfono Móvil # _____

Médico del Niño _____

Teléfono del Médico # _____

Fecha del Último Examen Físico _____

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad grave, hospitalización o accidente? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica a la siguiente:

Anestésicos Dentales La Penicilina Las Sulfonamidas Codeína Aspirina/Ibuprofeno LÁTEX
 Otros Antibióticos Colorantes Comida Acetaminofeno Otros Medicamentos Ninguno

¿Su niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones? *Por favor marque los que aplican:*

Enfermedades del Corazón	Hepatitis	Cáncer	Mononucleosis	Apnea del Sueño
Soplo en el Corazón	Enfermedad Hepática	Discapacidad de Aprendizaje	Tuberculosis	Roncar
Fiebre Reumática	Enfermedades Respiratorias	Autismo	Infección Reciente	Depresión
Hipertensión	Asma	Los problemas de audición	Tos Ferina	Ansiedad
Escarlatina	Trastorno del Riñón	ADD/ADHD	Actual en Vacunas	Trastorno de la Salud Mental
Epilepsia	Problema de la Tiroides	Problemas Alimentarios	AIDS or HIV+	Problemas de Sangrado
Convulsiones	Diabetes	GERD	La anemia de Células Falciformes	Otros

Medicamentos: _____

¿Su hijo tiene algún hábito que debemos saber acerca de, por ejemplo:

Succión del Pulgar Chupete Botella Otros _____

¿Recibe su hijo fluoruro en: El agua potable Pasta de dientes Enjuague Bucal

¿Su hijo tiene alguna experiencia desagradable dental? Sí No

¿Cómo podemos ayudar? _____

Fecha del último examen dental _____

¿Su hijo ha tenido alguna vez un tratamiento de ortodoncia? Sí No

¿Cuál es la razón de la visita de hoy? Examen de Rutina Emergencia Declarar Problema: _____

Entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme con el cuidado dental de una manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Que necesiten más información deben promover, tienes mi permiso para pedir al proveedor de salud respectiva, quien podrá divulgar dicha información. Voy a notificar al médico de cualquier cambio en la salud o la medicación de mi hijo.

Doy mi consentimiento para el examen del médico y diagnósticos necesarios para el tratamiento, incluyendo radiografías.

Firma del Padre / Tutor: _____

Firma del Médico / personal: _____

Bienvenidos y gracias por dejarnos preocuparnos por la sonrisa de su niño!



Quando la calidad y la materia de confort, la ELECCIÓN es simple.