

Wilmington Dental Care

General Dentistry for Youth

first tooth through age 20

Historial de la Salud

Nombre del Paciente: Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: mes día año

Historia Dental:

A que debemos su visita hoy?

Cuando fué la ultima vez que el/la paciente fué al dentista? 6 meses más de 6 meses más de un año
 nunca

El/la paciente tiene dolor dental en estos momento? si no

si respondió si, porfavor explique

Cuantas veces al dia se cepilla el/la paciente? una vez al dia dos veces al dia algunas veces nunca

Cuantas veces al dia el/la paciente usa hilo dental? una vez al dia dos veces al dia algunas veces nunca

El/La paciente tiene los siguientes habitos orales?

Chuparse los dedos o un chupón Morderse las uñas Chuparse el labio Morder
Moliendo los dientes

El/la paciente está siendo alimentado(a) con leche materna? si no O con biberón? si no

El/la paciente a experimentado trauma o accidentes involucrando la cara o diente? si no

si respondió si, porfavor explique

Historia Medica:

El/la paciente esta siendo tratado (a) por un especialista? **si** **no**

El/la paciente ha sido hospitalizado(a) o ha tenido operaciones?

El/la paciente ha tenido accidentes en la cabeza o el cuello?

El/la paciente tiene una dieta especial?

El/la paciente fuma?

El /la paciente usa sustancias controladas?

La paciente esta embarazada o tratando de estar embarazada? Si? Cuantas semanas?

Cuando fué su último examen fisico? dentro de un año más de un año nunca

Favor de listar todos los medicamentos, pastillas, o drogas que este tomando actualmente

Favor de marcar la caja si el paciente es alergico a los siguientes:

Aspirina Penicilina Codeina Latex Metal Sulfa

El/la paciente tiene alguna alergia? Favor de listar?

Wilmington Dental Care

General Dentistry for Youth
first tooth through age 20

Historia de la Salud (Continuacion)

El/la paciente tiene o ha tenido lo siguiente?

	<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida/HIV Positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrar Excesivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacimiento Prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvula Artificial del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celulas Falciformes/Rasgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Hematologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Respiracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Oir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroide o glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsilitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho/Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes Labial/Ampollas de Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía Congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitaciones de uso de brazos y piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addicion de Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente sin aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastorno de Alimentacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Pulmon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

El/la paciente tiene alguna otra condición que no este en la lista anterior?

Comentarios:

X _____
Firma del padre/Guardian legal