



COLLEGE OF DENTISTRY
The UNIVERSITY of OKLAHOMA HEALTH SCIENCES

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA: HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre legal completo del paciente (Nombres y apellidos completos)

Fecha de nacimiento del paciente (mes/día/año)

¿Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico por un problema médico específico?

() Sí () No Si es así, describa _____

¿Su hijo tiene un médico de atención primaria?

() Sí () No Si es así, enumera _____

¿Su hijo alguna vez ha sido hospitalizado o sometido a una cirugía?

() Sí () No Si es así, describa _____

¿Su hijo está tomando actualmente algún medicamento o suplemento?

() Sí () No Si es así, enumera _____

¿Su hijo tiene alguna alergia a los medicamentos, a los metales, al látex o a los anestésicos?

() Sí () No Si es así, describa _____

¿Están al día las vacunas de su hijo?

() Sí () No Si no, explique _____

¿Alguien en su familia, incluyendo su hijo, ha tenido algún problema con anestesia general?

() Sí () No Si es así, describa _____

¿Su hijo ha tenido alguna vez un traumatismo dental o facial?

() Sí () No Si es así, describa _____

¿Su hijo tiene algún hábito oral?

() Sí () Si es así, describa _____

Continúa en reverso

¿Su hijo tiene, o ha tenido, alguno de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Soplo o defecto cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Condición de la vejiga | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hiperactividad / ADHD |
| <input type="checkbox"/> Defecto congénito | <input type="checkbox"/> Supresión inmunológica |
| <input type="checkbox"/> Problema óseo o articular | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Se magulladura fácilmente | <input type="checkbox"/> Problema neurológico |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o neoplasia maligna | <input type="checkbox"/> Deficiencia nutricional |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia infantil | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro |
| <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas | <input type="checkbox"/> Diagnóstico psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Cefaleas crónicas | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino / Paladar hendido | <input type="checkbox"/> Problemas sensoriales |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Problema del oído | <input type="checkbox"/> Síndrome |
| <input type="checkbox"/> Problema ocular | <input type="checkbox"/> Requiere antibióticos |
| <input type="checkbox"/> Mordaza excesiva | <input type="checkbox"/> Requiere productos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Ampollas / Herpes labial | |

¿Su hijo tiene alguna enfermedad o síndrome que no esté en la lista arriba?

Sí No Si es así, describa _____

¿Desea hablar con un médico en privado sobre alguna inquietud específica?

Sí No Si es así, describa _____

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede afectar los resultados del tratamiento y ser potencialmente peligroso. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Firma del paciente (mayor de 18 años) o padre/tutor (menor de 18 años)

Fecha (mes/día/año)