

Historial Medico

DEBE SER COMPLETADO PRO EL PADRE, TUTOR LEGAL O ADULTO AUTORIZADO SI EL NIÑO ES MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del Niño _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Género M F

Pediatra/Médico de Atención: _____ Número de teléfono: _____

Especialista(s) de Médico _____ Número de teléfono: _____

Ortodontista: _____ Fecha de última visita: _____

Vacunas hasta la Fecha: No Si No Vacuno

Tiene su niño o ha tenido alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco/Problema Cardíacos	<input type="checkbox"/> Asma (último episodio _____)	<input type="checkbox"/> Autismo / DEA
<input type="checkbox"/> Látex alérgico	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Discapacidad Física
<input type="checkbox"/> Alergia a los TINTES	<input type="checkbox"/> Anemia / Células falciformes	<input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje
<input type="checkbox"/> Válvulas de Derivación	<input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguinea	<input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo
<input type="checkbox"/> Hemofilia/Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> VIH positivo/SIDA	<input type="checkbox"/> Trastornos de Conducta/ Personalidad
<input type="checkbox"/> Cáncer/quimio/radiación	<input type="checkbox"/> ADD/ ADHD	<input type="checkbox"/> Ansiedad / Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes (Último Recuento _____) Tiempo tomado _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Deficiencia de MTHFR
<input type="checkbox"/> Problemas con los Riño/enfermedad	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido /ERGE	<input type="checkbox"/> Historia de Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Condiciones de la Piel
<input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño
<input type="checkbox"/> Problemas Digestivos/de la Vejiga	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Fuerte/reflejo nauseoso excesivo
<input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales
		<input type="checkbox"/> Otro _____

Medicamentos (Receta, Sin Receta, Hierbas): No Si Por favor lista: _____

Alergias (Medicamentos/Comida/Otros productos): No Si: Por favor lista: _____

Su niño requiere antibióticos antes del tratamiento dental (soplo cardíaco, derivación, prótesis, Pasadores/Tornillos etc.): No Si

¿Ha tenido su niño amigdalectomía? No Si No Si Estado en el Hospital Operación No Si Pasadores/Tornillos

Si la respuesta es Sí a alguno, por favor describa con fechas _____

Su niño ha sido visto, necesita ser visto, diagnosticados y/o tratados por un profesional de la salud para cualquiera de los siguientes:

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Enfermedad, fiebre, congestión, infección respiratoria/sinus (últimas 2 semanas)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Infecciones del oído (últimas 4 semanas)
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Enfermedad contagiosa/virus dentro (últimas 4 semanas)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Infección de la garganta/estreptococia (última 2 semanas)
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Piojos, infección ocular, hiendra venenosa (última 2 semanas)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Infección de Staph/MRSA (últimas 4 semanas)

Si sí a cualquiera, por quien fue su niño visto y cuando: _____

Persona Acompañando al Niño: Es: Padres Madrastra y Padrastro Abuelos Otro (pro favor especifica _____)

Nombre (Por favor escriba claramente): _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene alguna preocupación por la visita de hoy? _____

Su niño ha sido visto por otro dentista, especialista desde su última visita aquí No Si Si la respuesta es Sí por favor describa
_____ se tomaron radiografías No Si

La información que he dado es correcto al mejor de mi conocimiento y tengo entendido que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad. También entiendo que es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en mi niño la condición médica, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o cualquier otra información personal. Le doy mi permiso a Pediatric Dental Specialists, PA para realizar limpiezas, radiografías necesarias para diagnosticar, exámenes, tratamiento de fluoruro, y (sellantes si es applicable con previa autorización). En caso de emergencia, por la presente autorizo al PDS a realizar un tratamiento de emergencia y/ o de salvamento para mi niño.

Firma (Paciente o tutor legal si menor de edad) _____ Imprimir el Nombre _____ Relacion _____ Fecha _____

No Si Doy mi consentimiento a Pediatric Dental Specialists, PA para usar el nombre y fotografía de mi niño en su sitio de web: www.shermankidsdentists.com.

For Office Use Only

Med. Hist. Reviewed by: _____

Time _____ Age _____ Height _____ Weight _____ BP _____ Pulse _____ O2 Sat _____ ASA _____ TXP Y N
2921 N. Heritage Parkway, Suite 100, Sherman, TX 75092 903-892-1200 Fax 903-813-1581 www.shermankidsdentists.com (Form 16S) Rev. 12/2023