

# 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: \_\_\_\_\_

Su niño ha sido visto por un especialista:  No  Si Si sí, por favor indique la razón \_\_\_\_\_

Nombre de Especialista(s) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ortodontista: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita: \_\_\_\_\_

¿Consideras que su niño sea: \_\_\_ avanzado en el proceso de aprendizaje \_\_\_ normalmente \_\_\_ lento progreso en el proceso de aprendizaje

Tiene su niño o ha tenido alguno de los siguientes:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco/Problema Cardiacos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas de pulmón / fibrosis quística | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autismo / DEA                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Látex alérgico                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad Física/Mental         |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a los TINTES              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (último episodio _____)                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje /Dislexia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvulas de Derivación            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia / Células falciformes            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo             |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguinea                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de Conducta /           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia/Problemas de Sangrado   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH positivo/SIDA                       | Personalidad / desorden social   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Catéter permanente                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADD/ ADHD                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condiciones de la Piel             |
| <br>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia            |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer/quimio/radiación           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma                           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos _____       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Del Habla                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con los Riño/enfermedad | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflujo ácido /ERGE                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño               |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes (Último Recuento _____)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques/Epilepsia          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está Tomando Anticonceptivo        |
| Tiempo tomado _____)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Musculares                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias estacionales              |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/Hepatitis     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazo                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuerte/reflejo nauseoso excesivo   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos/de la Vejiga | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de peso                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____                         |

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

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

Vacunas hasta la Fecha:  No  Si  No Vacuno

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

Su hijo tiene algún problema dental de cual usted este consciente incluyendo dolor de diente/lesión en la boca/dientes/quijada  No  Si

Si la respuesta es Sí por favor explique \_\_\_\_\_

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](http://www.shermankidsdentists.com).

For Office Use Only

Provider: Harris

Meredith

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](http://www.shermankidsdentists.com)

(Form 16S) Rev. 10.19