NUMERO DE PACIENTE

© 1991 Wisconsin Dental Association
(800) 243-4675

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____
Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento

NOMBRE DEL PADRE _____
Apellido | Nombre | Inicial

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS

ANTEDECENTES ODONTOLOGICOS

1. ¿Es ésta la primera visita de su hijo a un dentista? ..... SI NO
2. Si no es la primera visita, ¿cuánto tiempo pasó desde la última visita? _____
3. ¿Cuándo se realizó la última limpieza en el consultorio? _____
4. ¿Come el niño alimentos entre comidas? ..... SI NO
5. ¿Consume el niño dulces, bebidas gaseosas y goma de mascar? ..... SI NO
6. ¿Come el niño comidas bien balanceadas? ..... SI NO
7. ¿Se cepilla el niño los dientes al levantarse? ..... SI NO
   ¿Al acostarse? ..... SI NO
   ¿Después de las comidas? ..... SI NO
   ¿Después de comer cualquier alimento? ..... SI NO
8. ¿Vive usted en una zona sin agua fluorada? ..... SI NO
9. ¿Han recibido los dientes tratamiento con flúor? ..... SI NO
10. ¿Ha tenido caries anteriormente? ..... SI NO
11. ¿Se ha extraído algún diente (ya sean dientes de leche o permanentes)? ..... SI NO
    ¿Se recomendó algún tipo de aparato para los dientes? ..... SI NO
    ¿Se colocó el aparato? ..... SI NO
12. ¿Han ocurrido lesiones a los dientes, tales como caídas, golpes, roturas, etc? ..... SI NO
    Si es así, describa _____
13. ¿Ha tenido el niño experiencias odontológicas desagradables? ..... SI NO
14. ¿Cuántos niños hay en su familia? _____
15. ¿Ha usado alguna persona de la familia, incluso los padres, aparatos ortodóncicos? ..... SI NO
16. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico local o algún tipo de anestésico? ..... SI NO
17. ¿Se le han hecho al niño obturaciones de algún tipo? ..... SI NO

ANTECEDENTES MEDICOS

1. ¿Tiene el niño buena salud? ..... SI NO
2. ¿Está el niño siendo atendido por un médico? ..... SI NO
   Si es así, ¿desde cuándo? _____ ¿Por qué? _____
   _____
3. Nombre del médico
4. ¿Recibe el niño algún tipo de medicina? ..... SI NO
   ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
5. ¿Ha tenido el niño enfermedades graves? ..... SI NO
   ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
6. ¿Es el niño alérgico a la penicilina, a los antibióticos o a otras drogas? ..... SI NO
7. ¿Sufre el niño de algún otro tipo de alergias? ..... SI NO
8. ¿Ha tenido el niño alguna intervención quirúrgica? ..... SI NO
9. ¿Se ha considerado la posibilidad de operarlo? ..... SI NO
10. ¿Padece el niño de sangrado abundante? ..... SI NO
11. ¿Padece el niño de alteraciones nerviosas? ..... SI NO
    ¿Desmayos? ..... SI NO
    ¿Mareos? ..... SI NO
12. ¿Ha tenido el niño alguna de las siguientes afecciones en forma recurrente? (circule las respuestas apropiadas) Diabetis, problemas cardíacos, asma, infección renal, fiebre reumática, dolor dental, infección de oídos.

COMENTARIOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES DENTALES Y MEDICOS DEL NIÑO

Formulario Nº 131CDM