



### CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD

Email:

|                                   |                              |  |                                   |
|-----------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------------|
| <b>Nombre del Paciente:</b> _____ |                              | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  | <b>Fecha De Nacimiento:</b> _____ |
| <b>Dirección:</b> _____           | <b>Ciudad:</b> _____         | <b>Estado:</b> _____   | <b>Código Postal:</b> _____       |
| <b>Teléfono de Casa:</b> _____    | <b>Teléfono Móvil:</b> _____ | <b>Razón por su visita</b> <input type="checkbox"/> 6 Meses <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro _____ |                                   |

#### HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

**Enfermedades de la infancia:**

Por Favor conteste las siguientes preguntas para  Sarampión  Paperas  Ruéola  Varicela  Fiebre Reumática  Polio  Ictericia el paciente:

**Por favor marque los que aplican actualmente**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD (DDA)               | <input type="checkbox"/> ADHD (TDAH)               | <input type="checkbox"/> Sangra Facilmente   | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo _____   |
| <input type="checkbox"/> Autismo                 |  | <input type="checkbox"/> Fiebre De Heno      | <input type="checkbox"/> Leucemia / Cáncer   |
| <input type="checkbox"/> Alergias a _____        | <input type="checkbox"/> Disorden Genetico         | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  |  |  | <input type="checkbox"/> Hepatitis A   |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco            |  | <input type="checkbox"/> Hepatitis B   |
| <input type="checkbox"/> Retrasos Del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática          |  | <input type="checkbox"/> Hepatitis C   |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Down           | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística         |  | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA  |
| <input type="checkbox"/> Retrasos De Hablar      | <input type="checkbox"/> Ronquidos                 |  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Riñón  |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Epilepsy / Convulsiones   |  | <input type="checkbox"/> Ciego   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis            | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Atriculaci3n |  | <input type="checkbox"/> Embarazada  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Audici3n   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática       |  | <input type="checkbox"/> OTRO _____  |
| <input type="checkbox"/> Presion Arterial Baja   | <input type="checkbox"/> Hipertensi3n              |  | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO DE LOS ANTERIORES (Iniciales del Padre)</b><br>_____ |

**Historia de Salud**

El paciente está tomando algún medicamento?  Sí  No

Por favor liste todos los medicamentos incluyendo los del mostrador que está tomando \_\_\_\_\_

El paciente tiene alguna alergia?  Sí  No Por favor de explicar \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado el paciente en los últimos 5 años?  Sí  No Por favor de explicar \_\_\_\_\_

**Historia de la Salud Dental del Paciente**

El paciente ha tenido alguna vez una experiencia dental mala?  Sí  No

El paciente usa el hilo dental todos los días?  Sí  No

El paciente tiene algún hábito como la respiración bucal, dormir con un biberón o taza de sippy o chuparse el dedo?  Sí  No

El paciente se cepilla diariamente?  Sí  No

La encías sangran durante el uso de hilo dental o cepillarse?  Sí  No

Tiene el paciente cualquier dolor?  Sí  No

Los dientes del paciente tiene son sensibles a líquidos o alimentos calientes o fríos?  Sí  No

El paciente tiene alguna herida o bultos en la boca?  Sí  No

El paciente rechina o aprieta los dientes?  Sí  No

El paciente ha sufrido algún trauma en la cara, la boca, o la mandíbula?  Sí  No

El paciente ha tenido frenos?  Sí  No

Fecha de último examen dental : \_\_\_\_\_

Todas las Preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y Pasarán a formar parte de su expediente médico/dental.

**Certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento; las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que la información falsa o incorrecta puede ser peligrosa para la salud de mi hijo.**

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Dentist Signature \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_