

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

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 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. | ¿Consumen 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 |

COMENTARIOS

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) Diabetes, problemas cardíacos, asma, infección renal, fiebre reumática, dolor dental, infección de oídos. | | |

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