Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist

League City: 2950 Gulf Fwy S, Ste A, League City, TX 77573 | Ph (281) 337-3222 | Fax (281) 337-9222
Deer Park: 3317 Center St, Deer Park, TX 77536 | Ph (281) 377-3332 | Fax (281) 377-4741
www.tntdentistry.com | info@tntdentistry.com

Historial de salud del niño(a)

English: Child Health History

Por favor llene un formulario por cada niño(a).

Nombre del niño(a) | Fecha de nacimiento | Fecha

SALUD DENTAL / DENTAL HEALTH

¿Por qué trajo a su hijo(a) al dentista hoy?

Tiempo desde el último examen dental | Última limpieza dental

☐ Primera visita

Para beber y cocinar, ¿qué agua usa principalmente? ☐ De la llave (ciudad) ☐ De pozo ☐ Embotellada

Si es de pozo o embotellada, ¿se ha analizado el agua para ver si tiene flúor? ☐ Sí ☐ No

Resultados

¿Su hijo(a) toma suplementos de flúor? ☐ Sí ☐ No

Dosis y frecuencia

¿Ha tenido alguna lesión en la cara, la boca o los dientes? ☐ Sí ☐ No

Por favor indique fechas y descripciones

¿Su hijo(a) se ha chupado el dedo o ha usado chupón (chupete)? ☐ Sí ☐ No

¿Algún otro hábito? | ¿Hasta qué edad?

¿Su hijo(a) se dormía con biberón, con vaso entrenador o mientras lactaba? ☐ Sí ☐ No

¿Hasta qué edad?

¿Su hijo(a) tiene alguno de estos? (marque todos los que apliquen) (Does your child have any of these? (check all that apply))

- ☐ Ronquidos
- ☐ Respiración por la boca de día
- ☐ Respiración por la boca de noche
- ☐ Rechinar de dientes
- ☐ Se moja en la cama actualmente
- ☐ Problemas de audición
- ☐ Infecciones de oído frecuentes
- ☐ Alergias ambientales
- ☐ Antecedentes de apnea del sueño
- ☐ Sueño inquieto
- ☐ Problemas del habla
- ☐ Chasquido de mandíbula al comer

¿Le han informado de dientes permanentes faltantes o adicionales? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez un examen o tratamiento de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el nivel de caries de los hermanos de su hijo(a)? ☐ Ninguno ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

¿Su hijo(a) se pone nervioso(a) o tiene miedo durante las visitas al dentista? Si es así, marque:

Menos nervioso ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Más nervioso

¿Su hijo(a) ha tenido alguna experiencia médica o dental desfavorable? ☐ Sí ☐ No

Si es así, explique

SALUD MÉDICA / MEDICAL HEALTH

Nombre del pediatra o médico familiar | Teléfono | Último examen físico

¿Su hijo(a) está actualmente bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué condición se está tratando?

¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión grave, o problemas al nacer? ☐ Sí ☐ No

Si es así, describa e indique fechas

¿Ha sido hospitalizado(a) o ha tenido cirugía (incluyendo amígdalas/adenoides)? ☐ Sí ☐ No

Fecha y motivo

¿Su hijo(a) ha tenido alguna de estas condiciones? (marque todas las que apliquen) (Has your child ever had any of the following? (check all that apply))

- ☐ Soplo o enfermedad cardíaca
- ☐ Asma o problemas respiratorios
- ☐ Diabetes
- ☐ Hepatitis, ictericia o hígado
- ☐ Problemas de crecimiento
- ☐ VIH (SIDA)
- ☐ Problemas de aprendizaje o conducta
- ☐ Límites en actividad física
- ☐ Condición cardíaca congénita
- ☐ Anemia o células falciformes
- ☐ Problema de tiroides
- ☐ Desmayos o convulsiones
- ☐ Urticaria o sarpullido
- ☐ Transfusión de sangre
- ☐ Problemas mentales/emocionales
- ☐ Otro
- ☐ Antibióticos indicados antes del dentista
- ☐ Sangrado o moretones anormales
- ☐ Problemas renales
- ☐ Trastornos óseos o artritis
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Defecto de nacimiento
- ☐ Discapacidad física

Describa cualquier condición marcada

¿Su hijo(a) toma medicamentos, vitaminas o suplementos? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuál y con qué frecuencia?

¿Es alérgico(a) a algún medicamento (antibióticos, analgésicos, anestesia local), látex o alimentos? ☐ Sí ☐ No

Anótelos y describa la reacción

¿Alguna enfermedad, condición o problema no mencionado que debamos saber?

Nombre del padre/madre o tutor | Firma del padre/madre o tutor | Parentesco | Fecha