



**ALERGIAS O INTOLERANCIAS A MEDICAMENTOS:**

¿Es usted alérgico a lo siguiente?

 Ninguno

Látex  Sí  No  No sé      Metales  Sí  No  No sé      Anestesia local  Sí  No  No sé      Yodo  Sí  No  No sé  
 Ibuprofeno  Sí  No  No sé      Sulfa/Sulfito  Sí  No  No sé      Codeína  Sí  No  No sé      Aspirina  Sí  No  No sé  
 Penicilina  Sí  No  No sé      Otros ANTIBIÓTICOS  Sí  No  No sé      Otro  \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTE MÉDICO: ¿Tiene ahora (actual) o ha tenido (pasado) cualquiera de las siguientes condiciones?**

CONDICION	ACTUAL	PASADO	CONDICION	ACTUAL	PASADO
Síndrome de déficit atencional			Desorden alimenticio (anorexia, bulimia, etc.)		
Abuso de alcohol/drogas			Reflujo gastroesofágico (acidez)		
Ansiedad			Problemas del corazón		
Asma / problemas respiratorio			VIH / SIDA		
Problemas de vejiga o renales			Fiebre reumática		
Trastorno hemorrágico			Convulsiones/epilepsia		
Cáncer			Apnea del sueño		
Metahemoglobinemia congénita			Necesidades especiales		
Depresión			Enfermedad de la tiroides		
Diabetes			Problemas con peso		
¿Tiene tuberculosis activa?					

**EMBARAZO Y PARTO**

¿En qué ciudad nació su hijo(a)? \_\_\_\_\_ Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Es su hijo(a) por:  Nacimiento  Adopción  Hijastro(a)  Otro: \_\_\_\_\_¿Cuál fue su peso al nacer? \_\_\_\_\_ ¿Fue su bebé prematuro?  Sí  No¿Existieron graves problemas médicos durante su embarazo?  Sí  No¿Hubo complicaciones durante el parto o en el período de recién nacido del bebé?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa para alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo amamanto a su bebé?  No amamante  menos de 6 meses  6-11meses  12-17 meses  18-23 meses  2 años a más¿Por cuánto tiempo bebió biberón su bebé?  No bebió biberón  menos de 6 meses  6-11meses  12-17 meses  18-23 meses  2 años o más¿Durmió o duerme su bebé con el biberón en la boca?  Sí  No Si afirmativo, ¿Qué contiene el biberón? \_\_\_\_\_¿Usó o usa su niño(a) una taza para niños anti-derrames (sippy cup)?  Sí  No

¿Edad del niño(a) en meses cuando le salió su primer diente? \_\_\_\_\_

¿Ha tendió su hijo(a) algún problema con los dientes?  Sí  No¿Cuándo empezó a cepillarle los dientes a su hijo(a)?  Aún no lo hace  menos de 6 meses  6-11meses  12-17 meses  18-23 meses  2 años o más¿Cuándo empezó a utilizar pasta o crema dental para cepillarle los dientes? Aún no lo hace  menos de 6 meses  6-11meses  12-17 meses  18-23 meses  2 años o más

¿Quién cuida de su niño(a) por el día? \_\_\_\_\_ ¿Y durante la noche? \_\_\_\_\_

Nombre y edad de hermanos que se encuentran viviendo en la misma casa: \_\_\_\_\_

**CRECIMIENTO Y DESARROLLO**¿Tiene usted o su pediatra anterior ha tenido alguna preocupación acerca del crecimiento y desarrollo de su hijo(a) (lenguaje, habilidades sociales, habilidades motrices, etc.)?  Sí  No

Si afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Únicamente niñas: \_\_\_\_\_ Edad al primer periodo: \_\_\_\_\_ ¿Está embarazada?  Sí  No**ANTECEDENTES FAMILIARES – indique cuál de sus parientes ha tenido la siguiente enfermedad (padres y hermanos son más importantes)**¿Es adoptado o no conoce de su historia familiar?  Sí  No

Enfermedad	Madre	Padre	Herma	Enfermedad	Madre	Padre	Herma	Enfermedad	Madre	Padre	Herma
No se sabe nada significativa				Depresión / suicidio / ansiedad				Colesterol alto			
Abuso de alcohol / drogas				Diabetes				Hipotiroidismo/enfermedad de la tiroides			
Enfermedad autoinmune				Enfermedad del corazón				Enfermedad renal (riñón)			
Cáncer				Alta presión arterial / Hipertensión							

**Seguridad:**  me niego a responder

Utiliza casco de bicicleta?  Si  No

Utiliza el cinturón de seguridad?  Si  No

Su hogar cuenta con un detector de humo?  Si  No

Si tiene armas en su casa, estas están bajo seguro?  Si  No

La violencia en el hogar es una preocupación para usted?  Si  No

**Nivel de educación:**  
 Grado de escuela terminado : \_\_\_\_\_

<b>Antecedentes dentales/orales</b>			
Sus dientes son sensibles a lo frio, caliente, dulce o presión?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Le suena o tiene molestias en la mandíbula?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Tiene dolor o malestar dental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Tiene alguna perforación o joyas orales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Hábitos orales (se muerde las uñas, aprieta o tensiona la mandíbula, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Padece de boca seca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Tiene llagas o úlceras en la boca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Ha tenido algún tratamiento periodontal (encías)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Ha tenido alguna vez tratamiento de ortodoncia (frenos)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Se blanquea los dientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Utiliza protector bucal al practicar deportes de contacto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Ha tenido problemas asociados con tratamientos dentales anteriores?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o en la boca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Cuántas veces se cepilla los dientes al día?		Cuántas veces utiliza el hilo dental al día?	

Que le parece su sonrisa?

Bebe agua embotellada o filtrada?  Si  No  No sé  
 Si es afirmativo, con cuanta frecuencia?  Todos los días  Cada semana  Ocasional

Fecha de su último examen dental: \_\_\_\_\_  No recuerdo  
 Que hicieron en esa cita? \_\_\_\_\_  NO recuerdo

Fecha de su ultima radiografía dental: \_\_\_\_\_  No recuerdo

Alguna vez su doctor o dentista le ha recomendado tomar antibióticos antes de un tratamiento dental:  No recuerdo

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_