



DAREN F. GEHRING, DDS
 1624 North 200 East, Suite 100
 Logan, UT 84341
 Phone: (435) 752-4330

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

NOMBRE DEL NIÑO _____
 Nombre de Pila Inicial del Segundo Nombre Apellido

HISTORIAL MÉDICO

¿Está su niño(a) bajo cuidado médico? Sí No Si es así, ¿indique el nombre del médico y los motivos de las visitas? _____

Indique cualquier medicamento que su hijo esté tomando actualmente y por qué. _____

¿Tiene su niño(a) alguna alérgica a ciertos medicamentos? Sí No Se es así, indique: _____

¿Tiene su niño(a) otras alérgicas? Sí No Se es así, indique: _____

¿Ha tenido su niño(a) enfermedades serias? Sí No Se es así, indique: _____

¿Operaciones o ha estado hospitalizado(a)? Sí No Se es así, explique: _____

¿HA TENIDO SU NIÑO(A) CUALQUIERA DE LO SIQUIENTE? POR FAVOR MARQUE LA RESPUESTA DE CADA PREGUNTA:

- ADD/TDAH..... Sí No
- Asma, TB, o problemas pulmonares..... Sí No
- Autismo..... Sí No
- Cáncer, Tumor o Leucemia..... Sí No
- Parálisis cerebral, retraso en su desarrollo mental Sí No
- Labio Leporino y paladar..... Sí No
- Defectos congénitos de nacimiento..... Sí No
- Diabetes..... Sí No
- Síndrome de down..... Sí No
- Problemas emocionales o psicológicos..... Sí No
- Epilepsia, ataques o desmayos..... Sí No
- Problemas del corazón, soplos o cirugía..... Sí No
- Hemofilia o problemas de sangrado..... Sí No
- Hepatitis o problemas con el Hígado..... Sí No
- Infecciones de HIV o SIDA..... Sí No
- Infecciones del Riñón..... Sí No
- Alérgia al hule o latex..... Sí No
- Temperaturas altas malignas..... Sí No
- Tratamiento de radiación..... Sí No
- Fiebre Rehumática o Fiebre Escarlatina..... Sí No
- Cualquier tipo de anemia/desorden en la sangre Sí No
- Problemas al hablar o al oír..... Sí No
- Tiroides o otros problemas glandulares..... Sí No
- Problemas con la visión..... Sí No
- Síndrome de williams..... Sí No

Otras condiciones médicas: _____

TRATAMIENTO DE FLUORURO

Por recomendación de la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica, nuestro estándar es aplicar fluoruro a los dientes de su niño(a) en cada cita de 6 meses. Algunos seguros solo permitirán que este tratamiento se pague una vez al año.

- Aplique flúor en cada limpieza.
 - Seré responsable del cargo permitido por mi seguro cuando no esté cubierto.
- Solo aplique fluoruro cuando lo pague mi seguro dental.

COMENTARIOS *(Solo para la oficina)*

HISTORIA DENTAL

¿Cuándo y dónde fué la última visita dental del niño(a)?

Cuándo

Dónde

¿Cuál fue el propósito de la visita?

Número de teléfono del último dentista de su niño(a) ()

¿Se tomaron radiografías en su niño(a) última visita?..... Sí No

¿Le es difícil a su niño(a) cooperar?..... Sí No

¿Tomó su niño(a) biberón?..... Sí No

¿Tomó su niño(a) leche materna?..... Sí No

¿Supervisa Ud. y ayuda al niño(a) a cepillarse los dientes?..... Sí No

¿Toma su niño(a) fluoruro?..... Sí No

¿Se le ha notado caries antes?..... Sí No

¿Se ha golpeado o quebrado el niño(a) los dientes? (caídas, golpes, astillas, etc.)..... Sí No

Si es así, por favor explique: _____

¿Ha tenido su niño dolor de dientes últimamente?..... Sí No

¿Espera Ud. que su niño(a) coopere?..... Sí No

CONSENTIMIENTO

Comprendo que la información que he proporcionado es correcta hasta lo que yo sé y que será guardada bajo estricta confidencialidad. Por que mi niño(a) es menor de edad, antes de recibir servicios dentales es necesario que el permiso sea firmado por uno de los padres o tutor legal. Yo doy mi consentimiento al Dr. Gehring y a su personal para realizar el tratamiento, servicios, medicamentos, técnicas para controlar el comportamiento, anestesia local y analgésicos (gas) necesario para tratar cualquier deficiencia oral/dental, anomalía o infección.

Firma Del Padre o Tutor

Fecha