

# REGISTRO E HISTORIAL DE UN MENOR

Fecha

El nombre del menor	Apodo	Edad	Fecha de nacimiento	
Dirección de domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	
Escuela	Dirección	Grado de escolaridad		
Nombre del padre	Nombre de la madre			
Padre empleado por	Tiempo en ese empleo	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	
Madre empleada por	Tiempo en ese empleo	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	
Persona financieramente responsable (en caso de no ser el padre)	Relación con el menor			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Número de seguro social del padre	No. de licencia de conducir		Estado	
Número de seguro social de la madre	No. de licencia de conducir		Estado	
Fecha de nacimiento del padre	Fecha de nacimiento de la madre			
Nombre en la tarjeta de crédito	Número	Fecha de caducidad		
En caso de haber cobertura de seguro dental, nombre de la aseguradora				
Cobertura de seguro secundario, si lo hay				
¿A quién podemos agradecer por habernos recomendado?				
Lo favorito del menor en: deporte      juguete      pasatiempo      persona      personaje de ficción				

## HISTORIAL DENTAL

	Sí	No		Sí	No
Fecha de la consulta con el dentista más reciente _____			¿Tu hijo se cepilla los dientes a diario? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Para qué tipo de tratamiento? _____			¿Ayudas al menor a cepillarse los dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Con qué frecuencia? _____		
¿Se ha quejado el menor por problemas dentales? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa el hilo dental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Con qué frecuencia? _____		
¿Alguna experiencia dental negativa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se usan pastillas reveladoras? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Se usa el flúor en cualquier forma? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cualquier lesión en la boca, los dientes o la cabeza? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Deseas un servicio dental completo para el menor? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			_____		
¿Algún hábito bucal?: chuparse el dedo, morderse las uñas, respirar por la boca, hábito de biberón, chupete, etc _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actitud del niño hacia la odontología _____		
_____			_____		
¿Algún hábito de habla que sea inusual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			Resumen (para uso del dentista) _____		
¿Cualquier diente perdido? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			_____		
¿Se han reemplazado los dientes faltantes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			_____		
¿Aparatos de ortodoncia usados ahora o en el pasado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

## HEALTH HISTORY

Médico del menor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del examen físico más reciente \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No
¿Está el menor bajo el cuidado de un médico en el presente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene el menor una buena coordinación física? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			_____		
¿Está el menor recibiendo algún medicamento o drogas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún problema emocional? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			_____		
¿Presenta algún sangrado excesivo cuando se corta? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resumen (para uso del dentista)		
_____			_____		
¿Alguna vez ha sido hospitalizado el menor? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			_____		
¿Ha tenido el menor alguna cirugía? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			_____		
¿Presenta alguna alergia a la penicilina u otros medicamentos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			_____		
¿Tiene otra alergia?: comida - polen - animales - polvo - otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			_____		

### Tiene el menor algún antecedente o presenta problemas con cualquiera de los siguientes:

- |                        |                       |                |                      |                        |
|------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|------------------------|
| ___ Anemia             | ___ Sinusitis crónica | ___ Audición   | ___ Mastoides        | ___ Tiroides           |
| ___ Asma               | ___ Convulsiones      | ___ Corazón    | ___ Sarampión        | ___ Tuberculosis       |
| ___ Vejiga             | ___ Diabetes          | ___ Riñón      | ___ Mononucleosis    | ___ Enfermedad venérea |
| ___ Parálisis cerebral | ___ Epilepsia         | ___ Hígado     | ___ Paperas          | ___ Otro               |
| ___ Varicela           | ___ Desmayos          | ___ Neoplasias | ___ Fiebre reumática |                        |

### Resumen: (para uso del dentista)

Describa cualquier tratamiento médico actual, incluidos medicamentos, cirugía pendiente, lesiones recientes o cualquier otra información que deba tener en cuenta y que no hayamos mencionado.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Podemos solicitar compartir los registros médicos del menor? \_\_\_\_\_ **Sí** **No**

Esta información fue tratada y proporcionada por \_\_\_\_\_

Relación con el menor \_\_\_\_\_