



ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MEDICO

Nombre Del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes padecimientos recientemente? (Si no ha habido ningún cambio, por favor marque NINGUNO)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumor | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla |
| <input type="checkbox"/> Murmullo en el corazón, Defecto Cardíaco, Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta/Baja | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas del Sistema Autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Herpes o ulceraciones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis u otros problemas en los pulmones |
| <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Migrañas, o frecuentes dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Hepatitis u otros padecimientos del hígado |
| <input type="checkbox"/> Fractura de mandíbula | <input type="checkbox"/> Transfusiones Sanguíneas; fecha de la última transfusión _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia o desórdenes sanguíneos | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica o problemas sinusales | <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones, desmayos |
| <input type="checkbox"/> Alergias o urticaria | <input type="checkbox"/> COVID-19; Fecha del resultado positivo _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| <input type="checkbox"/> ADHD / ADD | |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro | |
| <input type="checkbox"/> Problemas del oído | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | |
| <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos | |

Para los padecimientos elegidos, por favor explique:

¿Su hijo(a) requiere de antibióticos antes de su tratamiento dental? Si No

Si su respuesta es sí, por favor especifique _____

Farmacia de preferencia / Calles que cruzan _____ Teléfono _____

¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento actualmente? Si No

Si su respuesta es sí, por favor especifique _____

¿Su hijo(a) es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a alguna de las siguientes opciones?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anestesia Local | <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| <input type="checkbox"/> Codeína u otra Medicina Controlada | |

Yo certifico que la información que he proporcionado es correcta a mi conocimiento y parecer. Si ocurre algún cambio, notificaré a la oficina para actualizar mi historial.

Firma _____ Fecha _____