

# Smile Starters

General Dentistry for Youth  
first tooth through age 20

## Historial de la Salud

Nombre del Paciente: Nombre  Apellido

Fecha de nacimiento: mes  día  año

### **Historia Dental:**

A que debemos su visita hoy?

Cuando fué la ultima vez que el/la paciente fué al dentista?  6 meses  más de 6 meses  más de un año  
 nunca

El/la paciente tiene dolor dental en estos momento?  si  no

si respondió si, porfavor explique

Cuantas veces al dia se cepilla el/la paciente?  una vez al dia  dos veces al dia  algunas veces  nunca

Cuantas veces al dia el/la paciente usa hilo dental?  una vez al dia  dos veces al dia  algunas veces  nunca

### **El/La paciente tiene los siguientes habitos orales?**

Chuparse los dedos o un chupón  Morderse las uñas  Chuparse el labio  Morder   
Moliendo los dientes

El/la paciente está siendo alimentado(a) con leche materna?  si  no O con biberón?  si  no

El/la paciente a experimentado trauma o accidentes involucrando la cara o diente?  si  no

si respondió si, porfavor explique

### **Historia Medica:**

El/la paciente esta siendo tratado (a) por un especialista?  **si**  **no**

El/la paciente ha sido hospitalizado(a) o ha tenido operaciones?

El/la paciente ha tenido accidentes en la cabeza o el cuello?

El/la paciente tiene una dieta especial?

El/la paciente fuma?

El /la paciente usa sustancias controladas?

La paciente esta embarazada o tratando de estar embarazada? Si? Cuantas semanas?

Cuando fué su último examen fisico?  dentro de un año  más de un año  nunca

Favor de listar todos los medicamentos, pastillas, o drogas que este tomando actualmente

### **Favor de marcar la caja si el paciente es alergico a los siguientes:**

Aspirina  Penicilina  Codeina  Latex  Metal  Sulfa

### **El/la paciente tiene alguna alergia? Favor de listar?**

# Smile Starters

**General Dentistry for Youth**  
first tooth through age 20

## Historia de la Salud (Continuacion)

**El/la paciente tiene o ha tenido lo siguiente?**

|                                  | <u>Si</u>                | <u>No</u>                |                          | <u>Si</u>                | <u>No</u>                |   | <u>Si</u>                | <u>No</u>                |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| ADD/ADHD                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidado Mental                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sida/HIV Positivo                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrar Excesivamente    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nacimiento Prematuro                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sed Excesiva             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento de Radiacion                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Valvula Artificial del Corazon   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos o Mareos        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumatica                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Crecimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escarlatina                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autismo                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre de heno           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Celulas Falciformes/Rasgo               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Defectos de Nacimiento           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque del Corazon       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Hematologica          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del Corazon    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del Estomago                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de Respiracion         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirurgia del Corazon     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidente Cerebrovascular               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Moretones                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del Oir        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiroide o glandulas                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tonsilitis                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A, B or C      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de Pecho/Angina            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herpes Labial/Ampollas de Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presion Alta             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulceras                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopatía Congenita            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Urticaria                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Vista                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Retraso en el Desarrollo         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del Rinon      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictericia                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leucemia                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limitaciones de uso de brazos y piernas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Addicion de Drogas               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hgado     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Facilmente sin aliento           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presion Baja             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| Trastorno de Alimentacion        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Pulmon     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

**El/la paciente tiene alguna otra condición que no este en la lista anterior?**

**Comentarios:**

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del padre/Guardian legal**