

Odontología Pediátrica  
CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene el paciente algún problema de salud?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_
2. ¿Esta el paciente bajo tratamiento médico?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_
3. ¿Sufrió el paciente un problema de salud o una enfermedad en los primeros años de edad (incluyendo al nacimiento)?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_
4. ¿Toma el paciente alguna o medicinas específicas?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, escríbalas (incluyendo dosis) \_\_\_\_\_
5. ¿Ha sufrido el paciente una reacción alérgica a los alimentos o a las medicinas?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_
6. ¿Ha estado herido el paciente o pasó la noche en el hospital?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_
7. ¿Está embarazada la paciente o ha estado embarazada en el pasado?  Sí  No  
¿Está tomando la paciente alguna píldora anticonceptiva?  Sí  No
8. ¿Ha tenido el paciente una transfusión de sangre?  Sí  No
9. ¿Ha sufrido el paciente cualquiera de las siguientes condiciones?
- problemas de sangre, como anemia falciformes (sickle cell anemia)  Sí  No
  - sangrado o sufrir contusiones fácilmente  Sí  No
  - ataques/convulsiones o desmayos  Sí  No
  - dolor de cabeza/jaqueca frecuente  Sí  No
  - soplo o defecto de corazón, o fiebre reumática  Sí  No
  - problemas de respiración, como asma  Sí  No
  - tos frecuente o tuberculosis (T.B.)  Sí  No
  - hepatitis o problemas de hígado  Sí  No
  - problemas de estómago o intestino  Sí  No
  - diabetes (“azúcar”) o problemas endocrinos u hormonales  Sí  No
  - problemas de riñón  Sí  No
  - urticaria o sarpullido  Sí  No
  - SIDA o infección HIV  Sí  No
  - enfermedades venéreas  Sí  No
  - defecto de nacimiento o incapacidad  Sí  No
10. ¿Tiene el paciente problemas de conducta o de aprendizaje? \_\_\_\_\_
11. En que grado en la escuela está el paciente? \_\_\_\_\_
12. ¿Quien cuida el paciente en casa? \_\_\_\_\_
13. ¿Ha sufrido el paciente alguna enfermedad, condición, o algún problema que no haya sido mencionado antes?  Sí  No  
Si su respuesta es si, explique \_\_\_\_\_
14. Actualmente el paciente fuma, mastica o aspira tabaco?  Si  No  
Si su respuesta es si, explique \_\_\_\_\_
- Nombre del pediatra o médico del paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha del examen físico más reciente \_\_\_\_\_

**HASTA LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LA INFORMACION DE ARRIBA ES COMPLETA Y CORRECTA  
(POR FAVOR FIRME ABAJO)**

\_\_\_\_\_  
Firma de padres/Encargado legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Reviewer

\_\_\_\_\_  
Date