

## 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 \_\_\_\_\_