

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_  
Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Núm. de teléfono de los padres: \_\_\_\_\_ (de casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ (email) \_\_\_\_\_  
Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Núm. de aula: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

¿Es su niño atendido por un médico para una condición médica particular? ..... **Sí No**

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Es su niño atendido por un especialista pediátrico para una condición médica, emocional o comportamental? ..... **Sí No**

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO:**

Núm. de Medicaid: \_\_\_\_\_  Núm. de Child Health Plus: \_\_\_\_\_

Plan de seguro dental privado: \_\_\_\_\_ Núm. de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_

Núm. de grupo: \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS:**

¿Nació su niño pretérmino? ..... **Sí No**

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas nació antes del término completo? \_\_\_\_\_

¿Estuvo internado su niño en la unidad de cuidados intensivos para neonatos? ..... **Sí No**

En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo y por qué estuvo internado? \_\_\_\_\_

¿Se le han realizado cirugías a su niño? ..... **Sí No**

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado su niño por una condición médica o por una lesión? ..... **Sí No**

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:**

Medicamentos recetados: \_\_\_\_\_

Medicamentos de venta libre: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS: Indique con un círculo todas las alergias que su niño tiene:**

Anestesia local/novocaína Penicilina Sulfas Látex Alimentos Piñones Estacionales Otra: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES Y CONDICIONES:**

¿Se encuentra su niño en buen estado de salud? ..... **Sí No**

¿Tiene su niño los siguientes problemas médicos?

- |   |              |   |              |
|---|--------------|---|--------------|
| 1. Nacimiento prematuro.....                            | <b>Sí No</b> | 16. Enfermedad del sistema digestivo.....         | <b>Sí No</b> |
| 2. Defectos congénitos o condiciones hereditarias.....  | <b>Sí No</b> | 17. Enfermedad de los riñones o de la vejiga..... | <b>Sí No</b> |
| 3. Trastornos sanguíneos o hemorrágicos.....            | <b>Sí No</b> | 18. Enf. del cerebro o del sistema nervioso.....  | <b>Sí No</b> |
| 4. Hemofilia.....                                       | <b>Sí No</b> | 19. Parálisis cerebral.....                       | <b>Sí No</b> |
| 5. Anemia de células falciformes.....                   | <b>Sí No</b> | 20. Convulsiones o epilepsia.....                 | <b>Sí No</b> |
| 6. Rasgo de células falciformes.....                    | <b>Sí No</b> | 21. Condiciones del desarrollo.....               | <b>Sí No</b> |
| 7. VIH/SIDA.....  | <b>Sí No</b> | 22. Autismo.....                                  | <b>Sí No</b> |
| 8. Hepatitis o enfermedad hepática.....                 | <b>Sí No</b> | 23. Condiciones mentales o comportamentales..     | <b>Sí No</b> |
| 9. Problemas con los oídos, ojos, nariz o garganta..... | <b>Sí No</b> | 24. Déficit de atención con hiperactividad.....   | <b>Sí No</b> |
| 10. Apnea del sueño.....                                | <b>Sí No</b> | 25. Discapacidad del aprendizaje.....             | <b>Sí No</b> |
| 11. Enfermedad del corazón.....                         | <b>Sí No</b> | 26. Enfermedad hormonal.....                      | <b>Sí No</b> |
| 12. Defecto congénito del corazón.....                  | <b>Sí No</b> | 27. Diabetes.....                                 | <b>Sí No</b> |
| 13. Enfermedad de los pulmones o respiratoria.....      | <b>Sí No</b> | 28. Enfermedad de los huesos o muscular.....      | <b>Sí No</b> |
| 14. Tuberculosis.....                                   | <b>Sí No</b> | 29. Problemas con la piel.....                    | <b>Sí No</b> |
| 15. Asma.....   | <b>Sí No</b> |   |              |

Si respondió que sí a uno de los problemas médicos anteriores, explique: \_\_\_\_\_

Si su niño tiene otro problema médico que no se encuentra entre los indicados arriba, explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL:**

¿Ha sido evaluado su niño por un dentista antes? ..... **Sí No**

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la fecha de la última evaluación? \_\_\_\_\_

Si su niño ha sido evaluado por otro dentista, anote el nombre completo del dentista o la clínica dental: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño dolor dental ahora mismo? ..... **Sí No**

¿Se ha lesionado su niño los dientes, la boca o la cabeza? ..... **Sí No**

Doy mi permiso a que se le realicen a mi niño una evaluación dental y rayos X, empastes, extracciones, tratamientos de pulpa dental, coronas, limpiezas, tratamientos de fluoruro y sellantes. Se le podría administrar anestesia local, así que es importante que mi niño no se frote ni se muerda los labios y las mejillas después de los procedimientos para evitar lesiones, hinchazón y sangrado. Puedo suspender el tratamiento de mi niño tras notificación escrita. Suspender el tratamiento podría resultar en dolor, infección, hinchazón y empeoramiento las caries o de la enfermedad dental. Doy mi consentimiento a que el médico primario de mi niño divulga información médica con el fin de resolver sus problemas médicos. Completé el presente historial médico a mi mejor saber y entender.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del padre en letra de molde: \_\_\_\_\_