

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

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

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** \_\_\_\_\_