

## HISTORIA DE LA SALUD DEL NIÑO

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] M [ ] F Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Idioma Preferida: \_\_\_\_\_

Otros niños en la familia (nombre y edad): \_\_\_\_\_

Nombre del médico del niño: \_\_\_\_\_

1. Ha tenido su hijo alguna historia de problemas [ ] Corazón, [ ] Alergias, [ ] Diabetes, **Si No**  
[ ] Asma, [ ] Enfermedades renales o del hígado, [ ] Convulsiones, [ ] Sangrado  
[ ] Autismo, [ ] Trastorno de aprendizaje, emocional o nerviosismo  
[ ] Otro? \_\_\_\_\_
2. Su hijo ha estado en el hospital durante la noche, o ha tenido alguna operación? Si es así **Si No**  
¿por qué? \_\_\_\_\_
3. ¿Hay algo sobre la historia médica de su hijo que usted sienta que puede ser importante? **Si No**  
\_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo tiene alguna alergia? **Si No**  
\_\_\_\_\_
5. Ha tenido su hijo alguna reacción desfavorable por los cuidados médicos o dentales **Si No**  
anteriores? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene su agua potable fluoruro? \_\_\_\_\_ **Si No**
7. ¿Tiene su hijo algún hábito bucal, como chuparse el dedo \_\_\_\_\_ morderse los **Si No**  
labios \_\_\_\_\_ Otros? \_\_\_\_\_
8. ¿Está su niño bajo cuidado médico en la actualidad? \_\_\_\_\_ **Si No**
9. ¿Está su hijo tomando medicamentos, si es así menciónelos por favor? **Si No**  
\_\_\_\_\_
10. Su hijo fuma? \_\_\_\_\_ Si es afirmativo la cantidad \_\_\_\_\_ **Si No**
11. ¿Hay algo debemos saber acerca de su hijo? \_\_\_\_\_ **Si No**

Por la presente autorizo a los dentistas de Hamilton Dental Associates, ayudado por otros dentistas y/o auxiliares de odontología de su elección, para realizar a mi hijo (o niño de cual soy tutor o apoderado legal, los cuales yo doy la facultad de consentimiento) los servicios dentales que a su juicio son aconsejables con la excepción de

---

Aunque su aparición no es frecuente, algunas riesgos y complicaciones son conocidos por estar asociados con los procedimientos de cirugía dental u oral. Las complicaciones más comunes asociados con el tratamiento dental infantil son las náuseas después de la administración tópica de fluor, también los niños tienden a herirse y morderse la lengua o los labios después de la administración de anestesia local. Las complicaciones menos comunes son los riesgos de entumecimiento, infección, inflamación, sangrado prolongado, decoloración, vómitos, reacciones alérgicas, la deglución o aspiración de una corona o una extracción dental, lesión en la lengua, los labios o las mejillas, los daños y la posible pérdida de los actuales dientes y/o rellenos, lesiones en los nervios cerca de la zona de tratamiento y la fractura que puede requerir tratamiento adicional o cirugía.

Me han informado de que aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones pueden no ser exactamente lo previsto y que no puede haber ninguna garantía expresa o implícita ya sea sobre el resultado del tratamiento o de curar. Yo entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento, y que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que yo decida darlo por terminado. Si hay algún cambio en la salud de mi hijo, voy a informa al médico en la próxima cita.

Firma, Relación con el paciente y Fecha: \_\_\_\_\_