

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

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 \_\_\_\_\_



Red Mountain  
ORTHODONTICS



[Nombre de la Oficina]

NINGUNO

I certify that the information I have given is correct to the best of my knowledge. If any changes do occur, I will notify the office and update my file.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_