

Dr. Eduardo Ovadia, D.D.S.

Odontología Infantil
Diplomate American Board of Pediatric Dentistry
University of Southern California

Nombre y apellido
del Paciente _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO

Nombre de la Madre _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

Tel. _____

¿Quien la recomienda con el Dr. Eduardo Ovadia? _____

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS

COMENTARIOS

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

1. ¿Es ésta la primera visita de su hijo a un dentista?..... Si NO
2. Si no es la primera visita, ¿cuanto tiempo paso desde la última visita?.....
3. ¿Cuando se realizó la última limpieza en el consultorio?.....
4. ¿Come el niño alimentos entre comidas?..... Si NO
5. ¿Consume el niño dulces, bebidas gaseosas y goma de mascar?..... Si NO
6. ¿Come el niño comidas bien balanceadas?..... Si NO
7. ¿Se cepilla el niño los dientes al levantarse?..... Si NO
¿Al acostarse?..... Si NO
¿Después de las comidas?..... Si NO
¿Después de comer cualquier alimento?..... Si NO
8. ¿Han recibido los dientes tratamiento con flúor?..... Si NO
9. ¿Ha tenido caries anteriormente?..... Si NO
10. ¿Se ha extraído algún diente (ya sean dientes de leche o permanentes)?..... Si NO
¿Se recomendo algún tipo de aparato para los dientes?..... Si NO
¿Se coloco el aparato?..... Si NO
11. ¿Han ocurrido lesiones a los dientes, tales como caídas, golpes, roturas, etc..... Si NO
Se es así describa.....
12. ¿Ha tenido el niño experiencias odontológicas desagradables?..... Si NO
13. ¿Cuantos niños hay en su familia?.....
14. ¿Ha usado alguna persona de la familia, incluso los padres, aparatos ortodóncicos? Si NO
15. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico local o algún tipo de anestésico?..... Si NO
16. ¿Se le ha hecho al niño obturaciones de algún tipo?..... Si NO
17. ¿Presenta su hijo(a) algún hábito oral (chuparse el dedo, morderse las uñas)?..... Si NO
18. ¿Como cree Ud. Que sea el comportamiento de su hijo(a) con el dentista?.....
19. ¿Cual es la causa por la que vino al dentista? Dolor de Muelas Revisión y Examen
Limpieza y Flúor Trauma ó Accidente Radiografías Otra Opinión

Nombre y Teléfono del Pediatra:

ANTECEDENTES MEDICOS

1. ¿Tiene el niño buena salud?..... Si NO
2. ¿Está el niño siendo atendido por un médico?..... Si NO
Si es así, ¿desde cuando?..... ¿Por que?.....
3. Nombre del médico.....
4. ¿Recibe el niño algún tipo de medicina?..... Si NO
¿Cuando?..... ¿Por que?.....
5. ¿Ha tenido el niño enfermedades graves?..... Si NO
¿Cuando?..... ¿Por que?.....
6. ¿Es el niño alérgico a la penicilina, a los antibióticos o a otras drogas?..... Si NO
7. ¿Sufre el niño de algún tipo de alergias?..... Si NO
8. ¿Ha tenido el niño alguna intervención quirúrgica?..... Si NO
9. ¿Padece el niño de sangrado abundante?..... Si NO
10. ¿Padece el niño de alteraciones nerviosas?..... Si NO
¿Desmayos?..... Si NO
¿Mareos?..... Si NO
11. ¿Ha tenido el niño alguna de las siguientes afecciones en forma recurrente?
(Circule las respuestas apropiadas) Diabetes, problemas cardiacos, asma, infección renal, fiebra reumática, dolor dental, infección de oídos

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR..... FECHA.....

FIRMA DEL DENTISTA..... FECHA.....