



Access Community Health Centers

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PARA CELEBRATE SMILES

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hijo/a:

1. ¿Su hijo/a tiene algún tipo de alergia? (ej. medicinas, comidas, látex, etc.)

Sí  No

Si es así, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo/a ha visto un dentista?

- Si, dentro del año  
 Si, hace más de un año  
 Nunca

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo/a toma medicina recetada por doctor/a?

Sí  No

Si es así, ¿cuál? \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo/a necesita o utiliza más cuidados médicos que otros niños de su misma edad?

Sí  No

5. ¿Su hijo/a tiene problemas para hacer cosas que la mayoría de los niños de su misma edad hacen?

Sí  No

6. ¿Su hijo/a necesita o recibe terapia especial, tales como terapia física, ocupacional o del habla?

Sí  No

7. ¿Su hijo/a necesita consejería o tratamiento por problemas de comportamiento, problemas emocionales o retraso para caminar, hablar u otras actividades que otros niños de su misma edad pueden hacer?

Sí  No

Si usted selecciono "SI" para cualquiera de las preguntas anteriores (3-7):

¿El problema ha durado o espera que dure al menos 12 meses?

Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que usted quiera que sepamos sobre su hijo/a?