

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Adaptada de Autism Speaks: Treating Children with Autism Spectrum Disorders: A Dental Tool Kit for Families

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Padres/Tutor:
Número de Teléfono:	Padres/Tutor:

HISTORIAL MÉDICO

Describa la discapacidad que tiene el niño(a):

¿Su niño(a) toma algún medicamento, vitaminas, suplementos herbarios o minerales?
☐ No ☐ Sí (indique aquí) _____

¿Su niño(a) ha tenido convulsiones alguna vez? ☐ No ☐ Sí

Fecha del último ataque: _____ Tipo de ataque: _____

¿Tiene alergias? ☐ No ☐ Sí (indique aquí) _____

¿Usa aparato auditivo para oír mejor? ☐ No ☐ Sí (por favor explicar) _____

¿Su niño(a) tiene alguna otra dificultad física que debería saber el personal dental?

CUIDADO BUCAL

¿Su niño(a) ha visitado antes el dentista? ☐ No ☐ Sí (fecha de la visita) _____

Favor de describir la rutina dental diaria de su niño(a):

¿Cuál cepillo de dientes usa su niño(a)? ☐ eléctrico ☐ manual

¿Su niño(a) usa hilo dental? ☐ No ☐ Sí

¿Su niño(a) necesita ayuda para cepillarse los dientes? ☐ No ☐ Sí

¿Qué desea usted en cuanto a la salud bucal de su niño(a)?

¿Cuántas veces come su niño(a) durante el día? ☐ 3 comidas al día ☐ refrigerios entre comidas ☐ solo cuando tiene hambre

¿Cuáles tipos de alimentos normalmente come?

¿Su niño(a) toma refrescos? ☐ No ☐ Sí

¿Su niño(a) toma jugo de frutas? ☐ No ☐ Sí

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

COMUNICACIÓN & CONDUCTA

¿Su niño(a) es capaz de comunicar verbalmente? ☐ No ☐ Sí

¿Hay ciertas pistas visuales o verbales que podrían ayudar al personal dental? Si es así, por favor explicar:

¿Hay alguna palabra o frase que podría ayudar a comunicarse mejor con su niño(a)? Por favor describa:

¿Su niño(a) usa comunicación no-verbal? ☐ No ☐ Sí Si es así, por favor explicar:

¿Va a traer consigo algún sistema/programa para ayudar con la comunicación? ☐ No ☐ Sí Si es así, por favor explicar:

¿Va a traer consigo algún sistema/apoyo visual para ayudar a su niño(a) durante la visita? Si es así, por favor explicar:

¿Hay algún apoyo que podemos hacer disponible para ayudar con la comunicación? Si es así, por favor explicar:

CONDUCTA/EMOCIONES

Por favor indique cualquier dificultad de comportamiento en su niño(a) que le gustaría traer a la atención del personal dental.

No dude en traer a la visita dental algún artículo/cosa que le guste a su niño(a) o que le hace sentir más cómodo.

DIFICULTADES SENSORIALES

Por favor indique si hay algún sonido al cual su niño(a) es sensible:

¿Su niño(a) prefiere la tranquilidad? ☐ No ☐ Sí

¿Su niño(a) está más cómodo en un salón poco iluminado? ☐ No ☐ Sí

¿Su niño(a) tiene dificultad sensorial con la moción o en ser movido? (es decir, el sillón dental se mueve hacia arriba y abajo y se reclina atrás) ☐ No ☐ Sí Si es así, por favor explicar:

¿Su niño(a) tiene alguna sensibilidad bucal (reflejo, nauseoso, sensibilidad de encías, rechinar los dientes, tensar, etc.)? ☐ No ☐ Sí

¿Hay ciertos sabores que le molestan a su niño(a)? ☐ No ☐ Sí Si es así, por favor explicar:

¿Su niño(a) está más cómodo en un ambiente ordenado? ☐ No ☐ Sí Si es así, por favor explicar:

¿Qué le asusta a su niño(a)?

¿Qué le calma a su niño(a)?

Por favor proporcione a su dentista cualquier otra información que pueda ayudar con la fomentación de cuidado exitoso de salud bucal.