

Patient Name: _____

Patient's physician's Name _____ Telephone _____

Physician's Address _____

Medical History

YES/NO Is your child presently under the care of a physician for any medical problem?
If yes, what for? _____

YES/NO Is your child currently taking any medication?
If yes, what? _____ For what? _____

YES/NO Is your child allergic to any food, medicine, or LATEX?
If yes, what? _____

Date of last visit to pediatrician _____

Does your child now have or has your child ever had a history of any of the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart murmur, Defect, or Heart Surgery | <input type="checkbox"/> Joint Surgery (Hip, Knee, Other) |
| <input type="checkbox"/> Heart attack, angina | <input type="checkbox"/> Cancer, Tumor or Leukemia |
| <input type="checkbox"/> High Blood pressure, stroke | <input type="checkbox"/> Radiation or Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> Asthma, or other lung disease | <input type="checkbox"/> Seizures, Epilepsy or Fainting |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB), Emphysema | <input type="checkbox"/> Development delay, Cerebral Palsy |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, or other liver disease | <input type="checkbox"/> Autism, or emotional problems |
| <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia, or Trait | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Hemophilia, or Other Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Juvenile Rheumatoid Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Venereal Disease, Herpes | <input type="checkbox"/> Eye Problems, Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Allergy to Latex |
| <input type="checkbox"/> Immunocompromised Condition:
(Organ Transplant, HIV, AIDS) | <input type="checkbox"/> Addicted to drugs |
| | <input type="checkbox"/> Pregnancy |

Is there anything of importance in your child's medical history that has not been asked about, or anything else that you think we should know about your child? If so, what? _____

FIRST VISIT ONLY

Any past injury to your child's teeth or jaw? (Falls, bows, chips, etc.) _____

Habits of: Thumb sucking Lip sucking Nail biting Finger sucking Pacifier Mouth breathing

Any unfavorable reaction from medical or dental care? _____

How do you think your child will act toward the dentist? _____

Age of child when discontinued bottle? _____

Is toothbrushing supervised? _____ Floss used? _____

Does your child receive: Fluoride in vitamins Fluorided water Fluoride in toothpaste Fluoride tablets/drops

Other concerns? _____

I hereby certify that I have answered every question completely and accurately.

Signature - Parent or Guardian

Date

Dentist Signature

Date

Nombre del paciente _____

Pediatra/Medico de paciente: _____ Telefono _____

Dirección del Pediatra _____

Historia Médica

SI/NO Está su niño/a bajo tratamiento médico?
Si, lo esta, porque: _____

SI/NO Está su niño/a tomando algún medicamento?
Si, lo está, cual? _____ Porque? _____

SI/NO Es alérgico su niño/a alguna comida, medicina, o LATEX?
Si, lo es, cual? _____

Quando fue la ultima visita al Pediatra _____

Tiene su niño/a, ó ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soplo del corazón defecto o cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Cirugia de Articulación (cadera, rodilla, o otra) |
| <input type="checkbox"/> Atâque del coazón | <input type="checkbox"/> Cancer, Tumor or Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Presion altâ, para cardiaco | <input type="checkbox"/> Radiacion o quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Asma o enfermedad del pulmon | <input type="checkbox"/> Convulsiones, Epilepsia o desmayo |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB), o enfisema | <input type="checkbox"/> Paralisis cerebral, atraso de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, o enfermedad del higado | <input type="checkbox"/> Autismo o problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> Anemia tipo sickle cell | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia (desorden de sangre) | <input type="checkbox"/> Artritis juvenil reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea, herpes | <input type="checkbox"/> Problema de los ojos, glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñon | <input type="checkbox"/> Alergia Latex (a) |
| <input type="checkbox"/> Condicion inmunocomprometida:
(transplante de organo, sida, VIH) | <input type="checkbox"/> Adicto a drogas |
| | <input type="checkbox"/> Embarazada |

Hay algo de importancia en la historia medica de su niño/a que no se le ha preguntado, o alguna otro cosa que deberiamos saber?
Si hay, que cosa? _____

SOLO LA PRIMER VISITA

Ha sufrido su niño algún accidente en losdientes ó en la mandíbula? (caídas, golpes, fracturas, etc.) _____

Malos hábitos: Se chupa el dedo Se come las uñas Respira por la boca Se chupa el labio Biberón Chupón

Ha tenido alguna reacción secundaria durante un tratamiento dental ó médico? _____

Como piensa que su niño se comportara con el dentista? _____

A que edad dejó su niño el biberón? _____

Supervisa ud el cepillo dental de su niño? _____ usa el hilo dental? _____

Toma fluoruro su niño: En vitaminas En la pasta dental Gotas ó tabletas de fluoruro Agua fluorada

Información adicional? _____

Yo certifico que he contestado cada pregunta completamente.

Firma/ Padre o guardián

Fecha

Firma/ Dentista

Fecha