

- Sí No Esta su niño/a en buena salud? *(Is your child in good health?)*
 Nombre del médico? _____
Name of child's physician
 Fecha de ultimo examen físico _____
Date of last physical exam
- Sí No Há tenido su niño/a un problema grave de salud? _____
Has your child ever had a health problem?
- Sí No Há sido hospitalizado/a alguna vez?
Has your child ever been hospitalized?
 Por favor de la razón y las fechas _____
Please give reason and dates
- Sí No Actualmente, está tomando medicinas/hierbas o suplementos?
Is your child currently taking any medications/herbs or supplements?
 Por favor dé el nombre, dosis y razón _____
Please give name, dose, and reason
- Sí No Fuma alguien en casa?
Does anyone smoke at home?
- Sí No Hubo problemas con el parto o fué prematuro/a? _____
Were there any problems at birth or prematurity?
- Sí No Expuesto/a al Alcohol, Drogas (Ilegales), Tabaco? _____
Exposure to Alcohol, Drugs (Illegal), Tobacco?

¿Es su niño/a alérgico a alguno de lo siguiente? No
Is your child allergic to any of the following?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Latex Anestesia Local
Aspirin Penicillin Codeine Acrylic Metal Latex Local Anesthetics

Es su niño/a alérgico a otros medicamentos o sustancias? _____
Is he/she allergic to any other medications or substances?

Niñas de 10 años ó mayores: Esta usted-
GIRLS OVER AGE 10: Are you -

Embarazada/tratando de embarazarse? Sí No
Pregnant/Trying to get pregnant?

Tomando pastillas anticonceptivas? Sí No Lactando? Sí No
Taking oral contraceptives? Nursing?

(NOTA: El uso de los antibioticos puede alterar la eficacia de las pastillas/ Note: Antibiotics may alter the effectiveness of birth control)

Por favor marque con circulo si su niño/a ha sido diagnosticado/tratado con:

- Please circle if your child has been treated/diagnosed for any of the following:*
- | | | | |
|--|---|--|---|
| Problema Corazón
<i>Heart disease</i> | Sangrado/transfusiones
<i>Bleeding/transfusions</i> | Asma/respiración
<i>Asthma/breathing</i> | Accidentes/Lesiones grandes
<i>Accidents/major injury</i> |
| Problema del Hígado
<i>Liver/GI disease</i> | Problemas Digestivos
<i>Digestive problems</i> | Diabetes
<i>Diabetes</i> | Anemia/ Problema de Sangre
<i>Anemia/Blood abnormalities</i> |
| Problema de Riñones
<i>Kidney disease</i> | Fiebre reumática
<i>Rheumatic fever</i> | Hepatitis
<i>Hepatitis</i> | SIDA/VIH
<i>AIDS/HIV</i> |
| Hablar/Oír
<i>Speech/hearing</i> | Convulsiones
<i>Seizures</i> | Labio/paladar hendido
<i>Cleft lip/palate</i> | Retrazo mental
<i>Mental delays</i> |
| Parálisis cerebral
<i>Cerebral palsy</i> | Defectos de nacimiento
<i>Congenital birth defects</i> | Personalidad/social
<i>Personality/social</i> | Retrasos Físicos
<i>Physical delays</i> |
| Cancer/tumores
<i>Cancer/tumors</i> | Dolores de Cabeza
<i>Recurrent headaches</i> | Infecciones frecuentes
<i>Frequent infections</i> | Reacción abnormal a medicinas
<i>Abnormal drug reaction</i> |
| Vision
<i>Eyesight</i> | Glandulas/crecimiento
<i>Endocrine/growth</i> | Amígdalas/Adenoides
<i>Tonsils/Adenoids</i> | Embarazo
<i>Pregnancy</i> |

Por favor explique lo marcado y cualquier otro problema no mencionado: _____
Please explain any circled items or other problems

Su niño/a recibio: pecho mamila vasito cubierto Edad que termino? _____
 Was your child: breast fed bottle fed sippy cup Age it was stopped?

Historial Dental/Dental History

Sí No Ha visitado su niño/a al dentista? Nombre del dentista y fecha _____
 Has your child ever been to the dentist? Name of dentist and date

Sí No Ha tenido una experiencia no favorable en cuidado dental en el pasado? Explique: _____
 Has your child experienced any unfavorable reaction from previous dental care? Explain:

Sí No Se chupa los dedos, el pulgar o el chupon? Does your child suck a finger(s), thumb or pacifier?

Sí No Rechina los dientes, se muerde las uñas o ronca? Does your child grind teeth, bite nails or snore?

Sí No Tiene dolor su niño/a al masticar, bostezar o abrir la boca grande? Does your child have pain with chewing, yawning, or wide opening?

Sí No Hace ruido la quijada de su niño/a o hay dolor relacionado con el ruido? Does your child's jaw make noise and is pain associated with the sounds?

Por favor marque si su niño/a está teniendo problemas o está participando en lo siguiente:

Please circle if your child is having problems or involved with any of the following:

Dientes Picados <i>Cavities</i>	Mal aliento <i>Bad breath</i>	Deportes <i>Sports</i>	Dientes Sensitivos/Dolor <i>Teeth sensitive/Pain</i>
Trauma en la boca <i>Trauma</i>	Fuegos <i>Lip blisters</i>	Infección de encias <i>Gum infections</i>	Color de los dientes <i>Color of teeth</i>
Ortodoncia <i>Orthodontics</i>	Ruidos en la quijada <i>Jaw sounds</i>	Dientes de más o le faltan <i>Missing or extra teeth</i>	Otra condición <i>Other condition</i>

Comentario: _____
 Comments:

Historia de Fluorudo/Fluoride History

Sí No Contiene fluorudo el agua de su casa? Is your home water supply fluoridated?

Sí No Utilizan pasta dental que tenga fluorudo? Does your child use a fluoride toothpaste?

Sí No Recibe su niño/a algun tipo de fluorudo? Cual? _____
 Does your child receive any other form of fluoride? What?

Sí No Participa su niño/a en un programa escolar/médico de fluorudo? Does your child participate in a school/physician fluoride program?

Certifico que las preguntas de esta forma han sido correctamente respondidas. De acuerdo a mi conocimiento. Comprendo que el proveer información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud (o la salud del paciente.) Es mi responsabilidad informar al personal de la clínica de **cualquier cambio** de mi estado médico ó del estado médico del paciente.

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

FIRMA DEL PACIENTE, PARIENTE O TUTOR _____ FECHA _____
 SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, or GUARDIAN DATE

Han habido cambios en su historia clínica desde su ultima visita?
 Have there been any changes in the above since your last visit?

Sí No Firma del paciente: _____ Firma del Dentista: _____ Fecha: _____
 Signature Dentist Signature Date

Sí No Firma del paciente: _____ Firma del Dentista: _____ Fecha: _____
 Signature Dentist Signature Date

Testigo: _____ Fecha: _____
 Witness Date