Patient Name:

Last\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ First\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI\_\_ Preferred Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient's Pediatrician/ Primary Physician and date of last visit / Nombre del Pediatra/medico primario y fecha dela ultima visita:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Other medical specialists/ Otros especialistas medicas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Birth Sex/ Sexo al nacer: [ ]  M [ ]  F Current Gender Identitiy/ Identificaion de Sexo actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Height/ Estatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Weight/ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is your child being treated by a physician at this time? Su niño actualmente recibe tratamiento por un médico?:

Yes [ ]  No[ ]

|  |
| --- |
| Reason/Razon?  |

Is your child taking any medication (prescription or over the counter), vitamins, or dietary supplement? Está tomando su niño alguna medicina (recetada o sin receta), vitaminas, o suplementos dietéticos? Yes [ ]  No[ ]

|  |
| --- |
| List Name , Dose, Frequency and Date started/ Nombre, dosis, frecuencia y fecha que empezó el medicamento:  |

Has your child ever been hospitalized, had surgery or a significant injury, or been treated in an emergency department?/Su niño ha sido hospitalizado, Ha tenido alguna cirugía o lesión grave, o ha sido tratado en el departamento de emergencias? Yes [ ]  No[ ]

|  |
| --- |
| List date and describe/Apunte las fechas y descripción  |

Has your child ever had a reaction to or problem with an anesthetic?/Su hijo a tenido alguna reacción adversa o problema con algún anestésico? Yes [ ]  No[ ]

|  |
| --- |
| Describe/Describa:  |

Has your child ever had a reaction or allergy to an antibiotic, sedative, or other medication?/Ha tenido su niño alguna reacción o alergia a un antibiótico, sedativo, o algún medicamento? \* Yes [ ]  No[ ]

|  |
| --- |
| List/Apunte:  |

Is your child allergic to latex or anything else such as metals, acrylic, or dye/Su hijo es alérgico a Látex o algo mas como metales, acrílicos o tintes? \*

 Yes [ ]  No[ ]

|  |
| --- |
| List/Apunte:  |

Is your child up to date on immunizations against childhood disease?/Están actualizadas las vacunas contra enfermedades infantiles de su niño? Yes [ ]  No[ ]

Is your child immunized against Human Papilloma Virus (HPV)? ¿Está su hijo inmunizado contra el virus del papiloma humano (VPH)? \* Yes [ ]  No[ ]

-Please mark YES if your child has a history of the following conditions. ***For each "YES", provide details in the box at the bottom of this list***. Mark NO after each line if none of those conditions applies to your child.

-Por favor indique SI, si es que su niño tiene historia de alguna de las siguientes condiciones. ***Por cada SI, por favor haga nota y detalles al final de la lista.*** Por favor indique NO, si es que la condición no pertenece a su niño.

Complications before or during birth, prematurity, birth defects, syndromes, or inherited conditions/Complicaciones antes o mediante el embarazo, prematuridad, defectos de nacimiento, síndromes, o condiciones heredados. \*

Yes [ ]  No[ ]

Problems with physical growth or development/Problemas con el crecimiento físico o desarrollo. \*

Yes [ ]  No[ ]

Sinusitis, chronic adenoid/tonsil infections/Sinusitis, infección en las amígdalas o adenoides. \*

Yes [ ]  No[ ]

Sleep apnea/snoring, mouth breathing, or excessive gagging/Apnea de sueno/ronquidos, respiración bucal, o nauseas \*

Yes [ ]  No[ ]

Congenital heart defect/disease, heart murmur, rheumatic fever, or rheumatic heart disease/Defecto de corazón congénito, murmulló/soplo en el corazón, fiebre reumático o enfermedad de corazón reumático \*

Yes [ ]  No[ ]

Irregular heart beat or high blood pressure/Latido Cardiaco Irregular, o alta presión. \*

Yes [ ]  No[ ]

Asthma, reactive airway disease, wheezing, or breathing problems/Asma, enfermedad de vía aérea reactiva, sibilancia, o problemas con la respiración. \*

Yes [ ]  No[ ]

Cystic fibrosis/Fibrosis quística. \*

Yes [ ]  No[ ]

Frequent colds or coughs, or pneumonia/Gripes o tos frecuente, neumonía \*

Yes [ ]  No[ ]

Frequent exposure to tobacco smoke/Exposición frecuente al humo de tabaco. \*

Yes [ ]  No[ ]

Jaundice, hepatitis, or liver problems/Ictericia, Hepatitis, o problemas en el hígado. \*

 Yes [ ]  No[ ]

Gastroesophageal/acid reflux disease (GERD), stomach ulcer, or intestinal problems/Enfermedad de refuljo de ácido, ulceras estomacales, o problemas intestinales. \*

Yes [ ]  No[ ]

Lactose intolerance, food allergies, nutritional deficiencies, or dietary restrictions/Intolerancia a la Lactosa, alergias a la comida, deficiencias de nutrición, o restricciones de dieta. \*

Yes [ ]  No[ ]

Prolonged diarrhea, unintentional weight loss, concerns with weight, or eating disorder/Diarrea prolongada, Pérdida de peso sin intención, preocupación con el peso, o trastorno de comer. \*

Yes [ ]  No[ ]

Bladder or kidney problems/Problemas con la vejiga o los riñones \*

Yes [ ]  No[ ]

Arthritis, scoliosis, limited use of arms or legs, or muscle/bone/joint problems/Artritis, escoliosis uso limitado de los brazos o piernas o problemas con los músculos/huesos/articulaciones \*

Yes [ ]  No[ ]

Rash/hives, eczema or skin problems/Rash/Urticaria, eczema, o problemas con la piel \*

Yes [ ]  No[ ]

Impaired vision, hearing, or speech/Danos de vista, auditivos, o del habla \*

Yes [ ]  No[ ]

Developmental disorders, learning problems/delays, or intellectual disability/Trastornos en el desarrollo, impedimento de aprendizaje, o discapacidad intelectual \*

Yes [ ]  No[ ]

Cerebral palsy, brain injury, epilepsy, or convulsions/seizures?Parálisis cerebral, daño cerebral, epilepsia, o convulsiones

Yes [ ]  No[ ]

Autism or autism spectrum disorder/Autismo o trastorno en el espectro de autismo \*

Yes [ ]  No[ ]

Recurrent or frequent headaches/migraines, fainting, or dizziness/ Dolores de cabeza frecuentes, migrañas, desmayos, o mareos \*

Yes [ ]  No[ ]

Hydrocephaly or placement of a shunt (ventriculoperitoneal, ventriculoatrial, ventriculovenous) Hidrocephalia, Shunt (desviación ventriculoperotneal, ventriculoatrial, o ventricuovenoso) \*

Yes [ ]  No[ ]

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD)/Déficit de atención, , trastorno de hiperactividad, (ADD/ADHD) \*

 Yes [ ]  No[ ]

Behavioral, emotional, communication, or psychiatric problems,treatment / Problemas De comportamiento, emocional, comunicación, o psiquiatras. \*

 Yes [ ]  No[ ]

 Abuse (physical, psychological, emotional, or sexual) or neglect/ Abuso (físico, psicológico, emocional, o sexual) o negligencia

Yes [ ]  No[ ]

Diabetes, hyperglycemia, or hypoglycemia/Diabetes, hiperglicemia, o hipoglicemia \*

Yes [ ]  No[ ]

Precocious puberty or hormonal problems / Pubertad precoz, o problemas hormonales \*

 Yes [ ]  No[ ]

Thyroid or pituitary problems / Problemas de tiroides o pituitaria \*

Yes [ ]  No[ ]

Anemia, sickle cell disease/trait, or blood disorder / Anemia, anemia o, rasgo depranocitica, o trastorno de sangre \*

Yes [ ]  No[ ]

Hemophilia, bruising easily, or excessive bleeding / Hemofilia, Mallugacion, o sangrado excesivo \*

Yes [ ]  No[ ]

Transfusions or receiving blood products / Transfusiones o recibe productos sanguinas \*

Yes [ ]  No[ ]

Cancer, tumor, other malignancy, chemotherapy, radiation therapy, or bone marrow or organ transplant / Cáncer, tumores, otras malignidades, chemo-terapias, terapias de radiación, o trasplante de medula ósea o órganos \*

Yes [ ]  No[ ]

Mononucleosis, tuberculosis (TB), scarlet fever, cytomegalovirus (CMV), methicillin resistant staphylococcus aureus (MRSA), sexually transmitted disease (STD), or human immunodeficiency virus (HIV)/AIDS / Mononucleosis, Tuberculosis (TB),escarlatina, Cytomegalovirus( CMV) Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), Enfermedad de Transmisión Sexual (STD) o Virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) \*

Yes [ ]  No[ ]

Is there any other significant medical history pertaining to this child or his/her family that the dentist should be told? / ¿Alguna otra Historia médica de importancia acera del niño que debe saber el doctor? \*

Yes [ ]  No[ ]

Provide Details Here / Haga Nota o detalles aquí:

|  |
| --- |
|  |