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:

|  |
| --- |
|  |