

Child Health/Dental History Form

Patient's Name LAST FIRST INITIAL			Nickname	Date of Birth
Parent's/Guardian's Name			Relationship to Patient	
Address P.O. BOX OR MAILING ADDRESS CITY STATE ZIPCODE				
Phone HOME WORK			Patient's Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Have you (the parent/guardian) or the patient had any of the following diseases or problems? ☐ Yes ☐ No
 1. Active Tuberculosis, 2. Persistent cough greater than a three-week duration, 3. Cough that produces blood?
If you answer yes to any of the three items above, please stop and return this form to the receptionist.

Has the child had any history of, difficulty with, or diagnosis of any of the following:					
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Thyroid
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Growth Problems	<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Tobacco/Drug Use
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Latex allergy	<input type="checkbox"/> Pregnancy (teens)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis	<input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> Liver	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever	<input type="checkbox"/> Venereal Disease
<input type="checkbox"/> Bleeding disorders	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Mastoiditis	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Bones/Joints	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> HIV +/- AIDS	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Sickle cell	

Please list the name and phone number of the child's physician:	
Name of Physician _____	Phone _____

CHILD'S HISTORY

	Yes	No
1. Is the child taking any medications at this time? If yes, please list: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is the child allergic to any medications, i.e. penicillin, antibiotics, or other drugs? If yes, please explain: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is the child allergic to anything else, such as certain foods? If yes, please explain: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. How would you describe the child's eating habits? _____		
5. Has the child ever had a serious illness? If yes, when: _____ Please describe: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has the child ever been hospitalized? _____	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does the child have a history of any other illnesses? If yes, please list: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the child ever received a general anesthetic? _____	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the child have any inherited problems? _____	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does the child have any speech difficulties? _____	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Has the child ever had a blood transfusion? _____	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is the child physically, mentally, or emotionally impaired? _____	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Does the child experience excessive bleeding when cut? _____	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Is the child currently being treated for any illnesses? _____	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is this the child's first visit to a dentist? If not the first visit, what was the date of the last dentist visit? Date: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Has the child had any problem with dental treatment in the past? _____	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Has the child ever had dental radiographs (x-rays) exposed? _____	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Has the child ever suffered any injuries to the mouth, head or teeth? _____	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Has the child had any problems with the eruption or shedding of teeth? _____	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Has the child had any orthodontic treatment? _____	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. What type of water does your child drink? <input type="checkbox"/> City water <input type="checkbox"/> Well water <input type="checkbox"/> Bottled water		
22. Does the child take fluoride supplements? _____	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Is fluoride toothpaste used? _____	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. How many times are the child's teeth brushed per day? _____ When are the teeth brushed? _____		
25. Does the child suck his/her thumb, fingers or pacifier? _____	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. At what age did the child stop bottle feeding? Age _____ Breast feeding? Age _____		

NOTE: Both doctor and patient are encouraged to discuss any and all relevant patient health issues prior to treatment.

I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or any other member of his/her staff, responsible for any action they take or do not take because of errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Parent's/Guardian's Signature _____ Date _____

For completion by dentist	
Comments on parent/guardian and patient interview concerning health history _____	
Significant findings from questionnaire or oral interview _____	
Dental management considerations _____	
Signature of Dentist _____	Date _____

Historia Médico/Dental de Niños

Nombre del paciente <small>APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL</small>			Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre o Guardián			Relación con el paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL -ZIP
Teléfono <small>HOGAR TRABAJO</small>			Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

¿Ha tenido usted (el padre/madre o guardián) o el paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente por más de 3 semanas, 3. Tos que produce sangre?

Si contesta que sí en alguno de los problemas anteriores, deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Ha tenido el niño historia, dificultad, o diagnóstico de alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Alergia al Látex	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desórdenes de Sangrado	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Varicelas
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme (sickle cell)	<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Mastoiditis	<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA
<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescentes)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/drogas	<input type="checkbox"/> Otros

Por favor anote el nombre y el teléfono del médico del niño:

Nombre del Médico	Tel.
-------------------	------

HISTORIA DEL NIÑO

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando alguna medicina actualmente? Si es así, anótela: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a la penicilina, antibióticos o cualquier otra medicina? Si es así, explique: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a otras cosas, como algunos alimentos? Si es así, explique: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo describiría los hábitos de alimentación del niño? _____		
5. ¿Ha tenido el niño alguna vez una enfermedad seria? Si es así, ¿cuándo? _____ Describa por favor: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido hospitalizado el niño? _____	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño historia de otras enfermedades? Si es así, anote: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño anestesia general alguna vez? _____	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño algún problema hereditario? _____	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño alguna dificultad del habla? _____	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño una transfusión de sangre alguna vez? _____	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es el niño impedido física, mental, o emocionalmente? _____	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sangra el niño excesivamente al cortarse? _____	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento para alguna enfermedad? _____	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es ésta la primera visita del niño al dentista? Si no es la primera visita, ¿cuándo fue la última visita al dentista? Fecha: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con los tratamientos dentales en el pasado? _____	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño alguna vez radiografías (Rayos X)? _____	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? _____	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o la pérdida de los dientes? _____	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha recibido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué clase de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> de la ciudad <input type="checkbox"/> de pozo <input type="checkbox"/> de botella		
22. ¿Toma el niño suplementos de fluoruro? _____	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usa pasta dental con fluoruro? _____	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día se le cepillan los dientes al niño? _____ ¿Cuándo se le cepillan los dientes? _____		
25. ¿Se chupa el pulgar, los dedos o el chupón? _____	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿De tomar el pecho? Edad _____		

NOTA: Se aconseja que tanto el doctor como el paciente hablen antes del tratamiento de todos y cada uno de los puntos importantes relacionados con la salud del paciente.

Certifico que he leído y comprendo lo anterior. Confirmando que mis preguntas, si alguna, acerca de la información pedida arriba han sido debidamente contestadas. No consideraré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, responsable por ninguna acción que tomen o no tomen por errores u omisiones que yo haya hecho al completar este formulario.

Firma del Padre/Madre o Guardián	Fecha
----------------------------------	-------

Para el dentista llenar

Comentarios acerca de la entrevista con el padre/madre/guardián y el paciente en lo que concierne a la historia médica _____	
Descubrimientos significativos en el cuestionario o entrevista _____	
Consideraciones para el manejo dental _____	
Firma del Dentista	Fecha