



Department of Pediatric Dentistry / Departamento de Pediatría Dental

Medical History / Historial Medico

CHILD'S NAME/NOMBRE: _____ DATE/FECHA: _____

What city does your child live in?/¿En qué ciudad vive su niño(a)? _____ State/Estado: _____

Zip Code/Código Postal: _____

What is your child's nickname?/¿Cuál es el apodo de su niño(a)? _____

What gender is your child?/¿Cuál es el sexo de su niño? Male/Masculino Female/Femenino Transgender/ Transgénero

Who does your child live with?/¿Con quién vive su niño(a)? Mother/Madre Father/Padre Both Parents/Ambos Padres

Grandparents/Abuelos Foster Parent/Padres Adoptivos Guardian/Guardián

Is this the legal guardian for this child?/¿Es esta persona el guardián legal? YES/SI NO

Name of legal guardian/Nombre del tutor legal: _____

What are your child's hobbies?/¿Cuáles son los pasatiempos de su niño(a)? _____

What are the names/ages of other children in the family?/¿Cuáles son los nombres y edades de los otros niños en la familia?

Do you have any special concerns to bring up at this visit?/¿Tiene alguna preocupación en particular que desea discutir en esta visita?

NO YES/SI _____

Has your child complained about tooth pain or dental problems?/¿Se ha quejado su niño(a) de dolor de dientes o problemas dentales?

NO YES/SI _____

Is this your child's first visit to the dentist?/¿Es esta la primera visita de su niño(a) al dentista? YES/SI NO

If no, when was your child's last visit with a dentist?/Si NO, ¿cuándo fue la última visita al dentista? _____

If no, what was the reason for the last dental visit?/Si NO, ¿cuál fue la razón de la última visita al dentista?

How is your child's overall health?/¿Cómo está la salud en general de su niño(a)?

Very Poor/Muy Mal Poor/Mal Average/Promedio Excellent/Excelente

Does your child have any medical problems?/¿Su niño(a) tiene algún problema médico? NO DON'T KNOW/NO SABES

YES/SI _____

Did your child have any problems at birth, shortly after birth or was your child born prematurely?/¿Su niño (a) tuvo problemas al nacer, después de nacer o nació prematuro? NO YES/SI _____

Has your child had any hospitalizations or surgeries, hospital procedures or been seriously injured?/¿Ha estado hospitalizado o ha tenido cirugías, procedimientos en el hospital o heridas serias? NO YES/SI _____

Has your child had any injuries to the mouth, teeth or head?/¿Ha tenido alguna herida o golpe en la boca, dientes o cabeza? NO

YES/SI _____

Has your child had general anesthetics (put asleep)?/¿Ha tenido anestesia general (lo han dormido)? NO DON'T KNOW/NO SE

YES/SI _____

Has your child had any emotionally or physically traumatic experiences that you feel would be helpful for us to know about?/¿Ha tenido alguna experiencia traumática emocional o física que usted cree que sería bueno que nosotros supiéramos?

Any unhappy dental experiences?/¿Alguna experiencia dental negativa? NO DON'T KNOW/NO SE

YES/SI _____

Does your child have behavior problems or problems cooperating or paying attention?/¿Tiene problemas de comportamiento o problema cooperando o prestando atención? NO YES/SI _____

Is there any other information you would like us to know about your child?/¿Alguna otra información acerca de su niño (a) que quiera darnos? NO DON'T KNOW/NO SE YES/SI _____

Department of Pediatric Dentistry / Departamento de Pediatría Dental

MEDICAL CONDITIONS / CONDICIONES MÉDICAS

Has your child had or does your child have any of the following medical conditions?

¿Padece su niño(a) o ha padecido de alguna de las siguientes condiciones médicas?

- ADHD/Attention Deficit - TDAH/Falta de Atención
- Anemia/blood problem - Anemia/problemas de la sangre
- Asthma or breathing problems - Asma o problemas respiratorios
- Autism/Autism Spectrum - Autismo/Espectro Autista
- Bleeding or bruising problems - Problemas hemorrágicos o hematomas
- Blindness - Ceguera
- Cancer/Leukemia - Cáncer/leucemia
- Cerebral Palsy - Parálisis cerebral
- Deafness - Sordera
- Diabetes
- Frequent colds - Resfriados frecuentes
- G-tube - G tubo
- Heart disease or murmurs - Enfermedad Cardíaca o soplo en el corazón
- Immune system problems - Problemas del Sistema inmunológico
- Kidney disease - Enfermedad renal (de los riñones)
- Liver disease/jaundice/hepatitis - Enfermedad del hígado/ictericia/hepatitis
- Lung disease - Enfermedad pulmonar
- Muscle weakness/disease - Debilidad muscular/enfermedad
- Organ Transplant - Trasplante de órgano
- Rheumatic fever - Fiebre reumática
- Seizure Disorder - Trastorno convulsivos
- Spine problems/surgery - Problemas de la columna
- Stomach/Intestinal/GI reflux problems - Estómago/Intestinos/Problemas de reflujo
- Swallowing difficulty - Dificultad para tragar
- Syndrome - Síndromes _____
- Tracheostomy - Traqueotomía
- Tuberculosis - Tuberculosis
- Other - Otras condiciones médicas _____

Is your child up to date on recommended vaccinations?/¿Esta su niño(a) al día en las vacunas recomendadas? YES/SI NO

Does your child snore?/¿Su niño(a) ronca? YES/SI NO

Is there any chance your child could be/is pregnant?/¿Es posible que su niña pueda quedar embarazada/este embarazada? NO

DON'T KNOW/NO SE YES/SI _____

Is your child emotionally or physically disabled or challenged or developmentally delayed?/¿Tiene su niño discapacidad emocional o física? NO YES/SI _____

Does your child have any speech or language delay?/¿Tiene su hijo habla o retraso en el lenguaje? NO DON'T KNOW/NO SE

YES/SI _____

MEDICATIONS / MEDICAMENTOS

Does your child take any medications including herbs, pain medication or birth control pills?

¿Su niño(a) toma algún medicamento incluyendo hierbas, medicamentos para el dolor, o pastillas anticonceptivas?

NO YES/SI - Please list/Por favor enumere: _____

ALLERGIES/MEDICATION PROBLEMS - ALERGIAS/PROBLEMAS CON MEDICAMENTOS

Has your child, or does your child, have any of the following allergies or medication problems?

¿Tiene su niño(a) o ha tenido en el pasado las siguientes alergias o problemas con medicamentos:

- Latex - Látex Penicillin or amoxicillin - Penicilina o Amoxicilina Sulfa
- Other medication problems/drug allergy - Otros problemas con medicamentos o alergias

Other allergy of any kind (including foods)/Otras alergias (incluyendo alimentos) _____

Do any of your child's family members have an anesthetic allergy or malignant hyperthermia?/¿Hay algún familiar de su niño(a) que tenga alergia a la anestesia o hipertermia maligna? NO DON'T KNOW/NO SE

YES/SI _____

Department of Pediatric Dentistry / Departamento de Pediatría Dental

Dental History/Home Care- Historial Pediátrico Dental/ Cuidado en La Casa

How often does your child visit the dentist?/¿Con cuanta frecuencia su niño visita al dentista?

- About every 12 months/Cada 12 meses Only when my child has a mouth problem/Solo cuando tiene problemas en la boca
 About every 6 months/Cada 6 meses This is my child's first to the dentist/Esta es su primera visita al dentista

What is your child's use of fluoride?/¿Cuál es el uso de fluoruro de su niño?

- Toothpaste/Pasta dental Water supply (city water)/Agua (de la ciudad donde vive)
 Supplement (tablet or drops)/Suplementos (tabletas o gotas) Rinse/Enjuague None/Ninguno

How often are your child's teeth brushed?/¿Con cuanta frecuencia se cepilla los dientes?

- Two times daily/2 veces al día Once a day in the morning/1 vez al día por la mañana
 Once a day before going to bed/1 vez al día antes de acostarse a dormir Less than once a day/ Menos de una vez al día

Who brushes your child's teeth?/¿Quién le cepilla los dientes a su niño(a)? (select all that apply/seleccione todas las que apliquen)

- Child / Niño Parent / Padres Other / Otros: _____

Has your child taken antibiotic medications in the past 3 months?/¿Ha tomado antibióticos en los últimos 3 meses? YES/SI NO

If yes, please list the name of the medication and reason for taking/Si contesto SI, indique el nombre del antibiótico y la razón:

How often does your child have snacks? / ¿Cuantas veces al día come comidas bocadillos?

- No snacks/Nunca One time daily/Una vez al día Two times daily/2 veces al día
 Three or more times daily/3 o más veces al día

Please list three of your child's favorite between-meal snacks/Por favor, indique los 3 alimentos favoritos (snacks) que su niño (a) come entre comida: _____

How often does your child drink beverages other than milk or water?/¿Con cuanta frecuencia toma bebidas, que no sean leche o agua? One time daily/Una vez al día Two times daily/2 veces al día Three or more times daily/3 o más veces al día
 Almost never/none - nunca

Please list your child's favorite beverage/Por favor indique cual es la bebida favorita de su niño(a):

How important is it TO YOU for your child's teeth to be healthy? / Cuán importante es para USTED que los dientes de su niño(a) estén saludables? Very important/Muy importante Somewhat important/Más o menos importante Not important/No es importante
 I don't know if it is important/No sé si es importante

How old was your child when the first baby tooth came in?/¿Qué edad tenía su niño (a) cuando le salió el primer diente de leche?

- Less than 6 months old/6 meses o menos 6-12 months old/6-12 meses
 Older than 12 months/Mayor de 12 meses I cannot exactly remember/ No me recuerdo exactamente

Does your child nurse or drink from a bottle?/¿Su niño lacta o bebe en un biberón? NO YES/SI

Does your child use a sippy cup?/ ¿Usa un vaso con tapa? YES/SI NO

Does/did your child use a pacifier or suck a thumb or finger?/¿Ha usado o usa su niño (a) un chupete/ se chupa el dedo? NO

- YES/SI _____

Has your child worn orthodontic braces or orthodontic appliances?/¿Ha usado frenos ortodónticos o aparatos ortodónticos NO

- YES/SI _____

Thank you for sharing this information! ¡Gracias por compartir esta información!

It will help our providers deliver excellent care during your child's visits.

Ayudará a nuestros proveedores a brindar una atención excelente durante las visitas de su niño(a).