

PATIENT MEDICAL/DENTAL HISTORY AND GENERAL INFORMATION FORM

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

CHILD / PATIENT INFORMATION | DATOS DEL MENOR/PACIENTE

CHILD'S LAST NAME: APELLIDOS DEL MENOR:	FIRST NAME: NOMBRE:	MIDDLE NAME: SEGUNDO NOMBRE:
BIRTH DATE: FECHA DE NACIMIENTO:	AGE: EDAD:	SEX: MALE OR FEMALE SEXO: MASCULINO O FEMENINO
HOME ADDRESS: DOMICILIO:		

PARENT / LEGAL GUARDIAN INFORMATION | DATOS DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

MOTHER'S LAST NAME: APELLIDOS DE LA MADRE:	FIRST NAME: NOMBRE:	MIDDLE NAME: SEGUNDO NOMBRE:
HOME ADDRESS: DOMICILIO:		
HOME PHONE: TEL. DE CASA:	CELL PHONE: TEL. CELULAR:	WORK PHONE: TEL. DEL TRABAJO:
FATHER'S LAST NAME: APELLIDOS DEL PADRE:	FIRST NAME: NOMBRE:	MIDDLE NAME: SEGUNDO NOMBRE:
HOME ADDRESS: DOMICILIO:		
HOME PHONE: TEL. DE CASA:	CELL PHONE: TEL. CELULAR:	WORK PHONE: TEL. DEL TRABAJO:
LEGAL GUARDIAN LAST NAME (If other than parent only): APELLIDOS DEL TUTOR LEGAL (sólo si no son los padres):		
HOME ADDRESS: DOMICILIO:		
HOME PHONE: TEL. DE CASA:	CELL PHONE: TEL. CELULAR:	WORK PHONE: TEL. DEL TRABAJO:

MEDICAL HISTORY/ANTECEDENTES MÉDICOS

Do you consider your child to be healthy? ¿Considera que su hijo está sano?	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Is your child now taking any drugs or medicine? ¿Toma su hijo algún fármaco o medicamento actualmente?	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Has your child ever been hospitalized? ¿Han hospitalizado alguna vez a su hijo?	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	If yes, please list: En caso afirmativo, por favor enumere:		
Has your child ever had a bad reaction to medication? ¿Ha tenido su hijo una mala reacción a un medicamento alguna vez?	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Does your child have allergies? ¿Tiene su hijo alguna alergia?	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Has your child ever had penicillin? ¿Ha recibido su hijo penicilina alguna vez?	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	If yes, please list: En caso afirmativo, por favor enumere:		

**Has your child ever had any of the following? Please check yes or no for each.
¿Ha padecido su hijo alguno de los siguientes problemas? Por favor, indique sí o no para cada uno.**

Anemia Anemia	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Heart attack Ataque al corazón	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Arthritis Artritis	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Heart problems or murmur Problemas cardíacos o soplo	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Asthma Asma	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Hepatitis or liver disease Hepatitis o enfermedad hepática	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Autism Autismo	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Herpes Herpes	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Birth defects or genetic disorders Defectos congénitos o trastornos genéticos	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	High blood pressure Hipertensión	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Bleeding disorder Trastorno hemorrágico	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	HIV/AIDS VIH/SIDA	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Bone or joint problems Problemas óseos o de articulaciones	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Kidney disease Enfermedad renal	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>

Cancer Cáncer	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Rheumatic fever Fiebre reumática	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Cerebral palsy Parálisis cerebral	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Sexually transmitted disease Enfermedad de transmisión sexual	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Chest pains Dolores en el pecho	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Sickle cell anemia or trait Anemia de células falciformes o rasgo drepanocítico	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Cleft lip or palate Labio leporino o paladar hendido	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Smoking, use of snuff or smokeless tobacco Fuma, consume tabaco de mascar o tabaco sin humo	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Developmental disabilities Discapacidades de desarrollo	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Speech difficulties Dificultades del habla	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Diabetes Diabetes	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Stroke Derrame cerebral	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Drug or alcohol use Consumo de drogas o alcohol	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Syphilis Sífilis	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Ear or hearing problems Problemas de oído o de audición	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Thyroid problems Problemas de la tiroides	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Epilepsy Epilepsia	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Tuberculosis or any lung disease Tuberculosis o cualquier otra enfermedad pulmonar	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>
Glaucoma Glaucoma	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>	Vision problems Problemas de la vista	YES/SÍ <input type="checkbox"/>	NO/NO <input type="checkbox"/>

DENTAL HISTORY/ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Has your child ever had any of the following (please check all that apply):

¿Ha tenido su hijo alguno de los problemas siguientes alguna vez? (por favor, marque todas las que correspondan):

- Abscesses (gum boils)/Absceso (flemón)
 Bad breath /Mal aliento
 Bleeding gums/Sangrado de encías
 Cold sores (*fever blisters*)/Herpes labial (*calenturas*)
 Finger or thumb sucking/Chuparse el dedo o el pulgar
 Frequent sore throat /Olores de garganta frecuentes
 Injury to front teeth /Lesiones en los dientes frontales
 Stained teeth /Manchas en los dientes
 Teeth grinding or clenching/Rechinar o apretar los dientes
 Toothaches/Dolor de muelas

Is this your child's first visit to the dentist? ¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista?	<input type="checkbox"/> YES/SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	Comments: Comentarios:
Does your child have a toothache or other dental problems now? ¿Tiene su hijo dolor de muelas u otro problema dental en este momento?	<input type="checkbox"/> YES/SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	Comments: Comentarios:
Has your child ever had a bad experience in a dental office? ¿Ha tenido su hijo una mala experiencia en la consulta de un dentista alguna vez?	<input type="checkbox"/> YES/SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	Comments: Comentarios:
Has your child ever had local anesthetic (Novocain, Lidocaine)? ¿Se le ha administrado un anestésico local (novocaina, lidocaina) a su hijo alguna vez?	<input type="checkbox"/> YES/SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	Comments: Comentarios:
Do you think your child will be a cooperative patient? ¿Cree que podremos contar con la colaboración de su hijo como paciente?	<input type="checkbox"/> YES/SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	Comments: Comentarios:
Has your child had a dental checkup within two years? ¿Ha tenido su hijo una revisión dental en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> YES/SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	Comments: Comentarios:
If yes, please provide the name and address of patient's dentist: En caso afirmativo, por favor escriba el nombre y la dirección del dentista del paciente:			
Date of last visit: Fecha de la última visita:			
Has your child had dental x-rays within the past year? ¿Se le han realizado radiografías dentales a su hijo en el último año?	<input type="checkbox"/> YES/SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	Comments: Comentarios:

HOUSEHOLD INFORMATION (this box must be completed)**INFORMACIÓN SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR (este cuadro debe completarse)**

Approximate Annual Household Income:

Ingresos aproximados de la unidad familiar:

Number of adults in the home:

Número de adultos en el hogar:

Number of children in the home:

Número de niños en el hogar:

Race/Raza: White/Blanco Black/African American | Negro/Afroamericano Hispanic/Latino | Hispano/Latino Asian/Asiático American Indian/Alaskan Native | Indio americano/Nativo de Alaska Other/Otro _____

If you have recently moved here from another country, please tell us where you are from:

Si se ha mudado recientemente a este país, por favor díganos de dónde procede: _____

What language are you and your child most comfortable speaking:

¿Qué idiomas les resultan más cómodos a usted y a su hijo?: _____

SIGNATURES/FIRMAS

Parent/Guardian Signature:

Firma del padre o tutor:

Parent/Guardian Printed Name:

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta:

Date:

Fecha:

Dentist Signature:

Firma del dentista:

Dentist Printed Name:

Nombre del dentista en letra de imprenta:

Date:

Fecha:

REFERRAL INFORMATION/INFORMACIÓN DE LA REMISIÓN

How did you hear about KidSMILES Pediatric Dental Clinic?

¿Cómo tuvo conocimiento de la Clínica Odontológica Pediátrica KidSMILES?

 Word of mouth/Friend | Boca a boca/Amigo TV/Radio Newspaper/Prensa School Nurse (name of school)/Enfermera de la escuela (nombre de la escuela) _____ Head Start _____ (name of school /nombre de la escuela) Other/Otro _____