DENTISTRY FOR LITTLE FOLKS

PATIENT INFORMATION
HEALTH HISTORY

Demographic Information/Información Demográfica

Date/Fecha _____

Patient/Paciente _____ Nickname/Apodo _____
Birthday/Fecha de Nacimiento _____ Age/Edad _____
Sex/Sexo: Male/Niño _____ Female/Niña _____

Home Address/Direccion_____
street city zip code
Mother or Guardian/Madre o Guardián _____
Home #/ Numero Telefónico _____ Cell #/Teléfono Celular _____
Employer/Lugar de Empleo _____
Work #/Numero de Trabajo_____

Father or Guardian/Padre o Guardián _____
Home #/ Numero Telefónico _____ Cell #/Teléfono Celular _____
Employer/Lugar de Empleo _____
Work #/Numero de Trabajo_____

E-Mail Address/Correo Electrónico: _____

Who has legal custody of patient?/Quien tiene custodia legal del paciente?
_____

Dental Insurance/Seguro Dental: Yes/Si ____ No ___
Dental Insurance Company/Compañía de Seguro: _____
Group#/Número de Grupo: _____
Insurance telephone #/Número Telefónico del seguro: _____
Medicaid ID # _____ CHIP ID# _____
Person responsible for payment/Persona responsable de pago: _____
SSN/Seguro Social: _____ DOB/Fecha de Nacimiento:_____

Whom may we thank for referring you to us?/Como escucho de nuestra oficina?
_____
Reason for your child's dental visit/Razón de su visita dental
_____

Health History/Historial Medico

Is your child in good health? / Su hijo esta en buen estado de salud? _____
Name of child's physician/Nombre de Pediatra_____
Date of last physical exam/Fecha de examen físico _____
Has your child ever been hospitalized?/Su hijo ha sido hospitalizado? _____
Reason and dates/Razón y Fechas _____
Is your child allergic to anything?/Su hijo padece de alergias: _____ Is your child currently taking any medications?/Su hijo toma medicamentos? _____
Name of medication, dose, and frequency/Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:
_____
Were there any problems at birth?/Hubo problemas de parto?
_____

Check if your child has any of the following/Confirme si su hijo padece de lo siguiente:

___ ADD or ADHD/ Déficit de atención
___ Anemia/Anemia
___ Asthma or breathing problems/Problemas respiratorios
___ Autism/Autismo
___ Bleeding or transfusions/Sangrado o transfusiones
___ Cancer or tumors/Tumores
___ Cerebral palsy/Parálisis Cerebral
___ Cleft lip or palate/Paladar o labio leporino
___ Congenital birth defects/Defecto de nacimiento congénito
___ Developmental delays/Retraso en desarrollo mental
___ Diabetes/Diabetes
___ Endocrine or growth/Problemas de crecimiento
___ Frequent infections/Infecciones frecuentes
___ GI problems/Problemas gastrointestinales
___ Heart disease/Problemas cardiacos
___ High blood pressure/Presión alta
___ HIV AIDS/HIV o SIDA
___ Liver disease/Problemas de hígado
___ Personality or social disorders/Trastornos de personalidad
___ Physical delays/Retrasos físico
___ Rheumatic fever/Fiebre reumática
___ Seizures/Epilepsia

Other medical problems/Otros problemas médicos _____

Dental History/Historial Dental

Has your child ever been to the dentist? / Su hijo ha visitado al dentista antes?_____
Date of last dental check up/Fecha de último examen dental: _____
Has your child experienced any unfavorable reaction from previous dental care?/Su hijo ha tenido problemas o alguna mala experiencia dental?
_____
Does your child suck their thumb/finger or pacifier?/Su hijo se chupa el dedo o usa chupón?

_____
Does your child have pain with chewing, yawning, or opening wide?/Su hijo tiene dolor al masticar or al abrir la boca? _____

Check if your child is having problems with the following/Confirme si su hijo tiene problemas con lo siguiente:

__ Cavities/Caries
__ Toothache/Dolor de muela
__ Gum Infections/Gingivitis o problemas de encía
__ Sensitive teeth/Dientes sensibles
__ Trauma/Accidentes o fracturas dentales
__ Orthodontic treatment/Ortodoncia
__ Color of teeth/Color de dientes
__ Jaw Sounds/Problemas de la quijada

Other/Otros: _____

Comments/Comentarios:
_____
_____
_____

Parent or Guardian's Signature/Firma De Los Padres o Guardián:

_____



Thank you for your information
Dr. Jennifer Ochoa & Dr. Nelly Gonzalez