**MEDICAL HISTORY**

HISTORIA DE SALUD

**Patient’s Name: Date of Birth:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The following information is essential for this office to provide dental care in a manner that is compatible with your child’s general health. Your cooperation in providing accurate information is necessary to meet your child’s dental needs safely and efficiently. Incorrect information can be dangerous to their health.

La siguiente información es esencial para que esta oficina proporcione atención dental de una manera que sea compatible con la salud general de su hijo. Su cooperación en la provisión de información precisa es necesaria para satisfacer las necesidades dentales de su hijo de manera segura y eficiente. La información incorrecta puede ser peligrosa para su salud.

**Name of Physician: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del Médico Teléfono

**Physician Address:** ­­­­­­­­­­­­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección del Médico\_

**Date of Last Visit:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Reason For Last Visit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de la última visita Motivo de la última visita

**CIRCLE/CIRCULO**

**1. Has your child been under a physician’s care in the past 2 years for OTHER THAN routine care? …………………… YES NO**

 ¿Su hijo ha estado bajo el cuidado de un médico en los últimos 2 años por otro cuidado de rutina? SI NO

**2. Has your child had any serious illness, operation or hospitalization in the past? ………………………………………….. YES NO**

 ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad, operación o hospitalización grave en el pasado? SI NO

**3. Is your child allergic to any drug or medicines (Penicillin, Amoxicillin, Novacaine or others)? ………………….…… YES NO**

 ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o medicamentos (penicilina, amoxicilina, Novacaína u otros)? SI NO

**4. Is your child currently taking any drugs or medications? ………………………………………………………………..……………. YES NO**

 ¿Su hijo está tomando medicamentos o medicamentos actualmente? SI NO

**5. Has your child ever had Hepatitis or Yellow Jaundice? …………………………………………………………………………………. YES NO**

 ¿Ha tenido su hijo alguna vez hepatitis o ictericia amarilla? SI NO

**6. Is your child HIV positive?............................................................................................................................... YES NO**

¿Su hijo es VIH positivo? SI NO

**7. Has your child ever been sick because of dental treatment? ………………………………………………………………………. YES NO**

 ¿Su hijo ha estado enfermo por el tratamiento dental? SI NO

**8. Is your child a “bleeder” or have they had excessive bleeding following dental treatment? ……………………….. YES NO**

 ¿Su hijo es un "Bleeder" o ha tenido un sangrado excesivo después del tratamiento dental? SI NO

**9. Is your child having pain or discomfort at this time? …………………………………………………………………………………… YES NO**

¿Su hijo tiene dolor o malestar en este momento? SI NO

**10. Has your child ever had a bad experience in the dental office? ……………………………………………………………….. YES NO**

¿Ha tenido su hijo alguna vez una mala experiencia en el consultorio dental? SI NO

**11. Circle any of the following which your child has had or has at the present time:**

Marque en círculo cualquiera de los siguientes que su hijo ha tenido o tiene en el momento actual:

**Heart Trouble Stroke Sinus Trouble Hemophilia**

Problemas Cardíacos Movimiento Problemas del Seno Hemofilia

**Heart Murmur Frequent Headaches Hives/Skin Rash Tuberculosis (TB)**

Murmullo Cardíaco Dolores de Cabeza Frecuentes Urticaria/Erupción Cutánea Tuberculosis (TB)

**Heart Surgery Epilepsy/Seizures Asthma/Hay Fever Cancer**

Cirugía Cardíaca Epilepsia/Convulsiones Asma/Fiebre del Heno Cáncer

**High Blood Pressure Thyroid Disease Latex Allergy Ulcers**

Presión Arterial Alta Enfermedad Tiroidea Alergia al Látex Úlceras

**Rheumatic Fever Fainting/Dizzy Spells Kidney Troubles Bruise Easily**

Fiebre Reumática Desmayos/Mareos Problemas Renales Bruise Fácilmente

**Congenital Heart Disease Anemia (Thin Blood) Liver Disease Diabetes**

Enfermedad Cardíaca Congénita Anemia (Sangre Delgada) Enfermedad hepatica Diabetes **Other**

Otras

 **CONTINUE ON BACK**

CONTINUAR EN LA ESPALDA

**CONTINUE MEDICAL HISTORY**

CONTINUAR LA HISTORIA CLÍNICA

 **12. Does your child have any disease, condition or problem not listed on front page? ……………………………… YES NO**

 ¿Tiene su hijo alguna enfermedad, afección o problema que no aparece en la página principal? SI NO

 **13. Is there anything else that we should know about your child’s health status? ……………………………………… YES NO**

 ¿Hay algo más que debamos saber sobre el estado de salud de su hijo? SI NO

­­­­­­­­­­­­­­­­­**EXPLAIN ANY ITEMS PREVIOUSLY CIRCLED “YES” TO OR ANY UNUSUAL MEDICAL PROBLEMS**

EXPLIQUE CUALQUIER ARTÍCULO CON UN CÍRCULO "SÍ" O CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO INUSUAL

­­­­­­­­­­­­­­­­**To the best of my knowledge, all of the preceeding answers are true and correct. If my child ever has any change in his/her health, or if his/her medications change, I will inform the dentist at the next appointment without fail.**

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas precedentes son verdaderas y correctas. Si mi hijo alguna vez tiene algún cambio en su/sus salud, o si su/sus medicamentos cambian, le informaré al dentista en la próxima cita sin fallar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATE SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN DR’S SIGNATURE**

FECHA FIRMA DEL PADRE O TUTOR FIRMA DEL DOCTOR

**I have reviewed the attached MEDICAL HISTORY. My child’s health status has changed as follows (If no changes, write**

**“NO CHANGE”).**

He revisado la historia clínica adjunta. El estado de salud de mi hijo ha cambiado de la siguiente manera (Si no hay cambios, escriba “NO HAY CAMBIOS”).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DR’S SIGNATURE DATE**

FIRMA DEL PADRE/TUTOR FIRMA DEL DOCTOR FECHA