

**Health and Dental History/Antecedentes Dentales y de Salud del Menor**

**Does this child now have, or has this child ever had any of the following?**

*¿Padece ahora o en el pasado ha padecido el/a menor alguna de las siguientes condiciones?*

<b>Heart Disease or Defect, Heart Surgery, Valve Problem, or Murmur</b> <i>Enfermedad o defecto cardíaco, cirugía cardíaca, problema de la válvula o soplo en el corazón</i>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>
<b>Rheumatic Fever</b> <i>Fiebre reumática</i>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>	<b>Asthma/Asma</b>	<b>Yes/Sí</b> <b>No</b>
<b>Diabetes</b>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>	<b>Seizures/ataques</b>	<b>Yes/Sí</b> <b>No</b>
<b>HIV/Aids/VIH SIDA</b>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>	<b>Autism/Autismo</b>	<b>Yes/Sí</b> <b>No</b>
<b>Cerebral Palsy</b> <i>Parálisis cerebral</i>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>	<b>Learning Disability</b> <i>problemas de aprendizaje</i>	<b>Yes/Sí</b> <b>No</b>
<b>Attention Deficit</b> <i>Síndrome de hiperactividad</i>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>	<b>Delayed Development</b> <i>Retraso de desarrollo</i>	<b>Yes/Sí</b> <b>No</b>
<b>Bleeding Disorder</b> <i>Desorden sangrante</i>	<b>Yes/Sí</b>	<b>No</b>		

**List any other conditions this child has** \_\_\_\_\_  
*Anote alguna otra condición que padece el/la menor*

**List any allergies this child has** \_\_\_\_\_  
*Anote cualquier alergia que el/la menor padece*

**What medicines is this child taking?** \_\_\_\_\_  
*¿Cuáles medicinas toma el/la menor?*

**When was this child's last dental visit?** \_\_\_\_\_  
*¿Cuándo fue revisado el/la menor por un dentista por ultima vez?*

**Is there anything else we need to know about this child?** \_\_\_\_\_  
*¿Hay algo mas que debemos saber del/la menor?*

HEALTH HISTORY REVIEWED BY DENTAL PROVIDER \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
HEALTH HISTORY REVIEWED BY DENTAL PROVIDER \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**Privacy Act (HIPAA) / Acta de Privacidad**

**The SmileMobile is committed to protecting the privacy of your child's health information. The SmileMobile is required by federal and state law to maintain the privacy of your protected health information (PHI) unless we are allowed or required by law. We protect your PHI by treating all your personal information that we collect as confidential.**

*El SmileMobile se compromete a proteger la privacidad de la información médica de su hijo. Al SmileMobile se le requiere por ley federal y estatal conservar la privacidad de su información médica protegida (PHI por sus siglas en ingles) a menos que sea permitido o exigido por ley revelarla. Mantenemos confidencial la información que recopilamos sobre su salud para mayor protección de su información médica protegida.*

**I hereby acknowledge that I am in receipt of the Arcora Foundation-SmileMobile HIPAA regulation. Por este medio reconozco que he recibido las regulaciones sobre la HIPAA de la Fundación Arcora SmileMobile**

**Signed/Firmado** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_