

Thank you for bringing your child to our office for dental care. In order to best understand and treat your child we have found the following information to be essential.

1. Child's Name: _____ M F Age: _____
 Last First Middle (Nickname)
2. Date of Birth: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
3. Child's Home Address: _____
 Street City State Zip Code
4. Name of person supplying the information for this history and relationship to child: _____
5. Child's present physician: _____ Last date of care: _____
6. Dentist: _____ Date of child's last dental examination or treatment: _____
7. Is your child currently under treatment by an orthodontist? _____ Orthodontist Name: _____
8. Explain briefly why you brought your child for dental care: _____

- | | Check one | Yes | No |
|--|--|---|--------------------------|
| 9. Is your child under treatment by a physician or have a health problem?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Has your child experienced any unfavorable reaction to any medicine such as penicillin, aspirin, barbituates, or local anesthetics?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Is your child sensitive or allergic to anything? If yes, what? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Is your child currently taking any medicine? If yes, what? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Does your child have difficulty breathing through his/her nose?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Has your child ever been hospitalized? If so, at what age and for what reason? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Does your child suck his/her thumb or finger?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Does your child grit or grind his/her teeth during the day or night?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Does your child have a fear of medical personnel (nurses or physicians)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Does your child ever complain of discomfort in his/her teeth when eating hot or cold foods, sweets, or when biting or chewing?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Has your child ever injured his/her front teeth?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Has your child had a previous dental experience (pleasant or unpleasant) which you feel we should know about? If yes, explain _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | |
| 21. Do you feel there are any factors in your family which might cause your child to be under emotional stress at this time? If yes, explain _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | |
| 22. Is it difficult to stop any bleeding when your child is cut or injured?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Is your child taking fluoride drops or tablets at the present time?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Have we treated any other children in your family?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Has your child had any history of the following? | | | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fainting or Dizziness | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Epilepsy | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No AIDS | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Nervousness | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Asthma | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Skin rash/Hives | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Liver involvement | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Bleeding disorders | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Radiation treatment | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Kidney involvement | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cold sores/Fever blisters | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Latex Allergy | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hyperactivity | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Anemia | | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Heart trouble or congenital heart lesions | Other _____ | | |

26. What is your child's weight? _____ Lbs.
27. What grade is your child? _____
28. Does your child have any special needs? _____
29. Is there anything unusual about your child, not already mentioned, that you think we should know about? If yes, explain. _____

We are required to obtain parental consent before any dental treatment can be rendered for your child. I hereby authorize that all necessary dental services be given for the child named above. This shall include the taking of necessary records (photographs, x-rays, motion pictures, study models) and the administration of local anesthetics or other medications deemed necessary by the doctor. In addition, these records may be used for reproduction in scientific articles or professional books intended for publication or for exhibit under the auspices of a scientific group.

Although your insurance may cover your dental treatment, you are fully responsible for all fees incurred for dental treatment provided by Dr. You. We will submit your dental claims for you as a courtesy, however it is your responsibility to ensure that all treatment fees are paid for.

Date: _____ Relationship to child: _____ Signature: _____
 Parent Updates & Dr. Reviewed: _____

Gracias por traer a su hijo(a) a nuestra oficina para su cuidado dental. Para entender y tratar a su hijo(a) lo mejor posible, necesitamos la siguiente informacion.

1. Nombre de hijo(a): _____ Nino Nina Edad: _____
Apellido Primer Segundo
2. Fecha de nacimiento: _____ Direccion de casa de niño: _____
Calle Ciudad Estado Zona Postal
3. Telefono de casa: _____ Nombre de la persona que llena este formulario: _____ Parentesco _____
4. Nombre de el medico de su niño(a): _____ Dia de su ultima cita: _____
5. Nombre de el dentista de su niño(a): _____ Dia de su ultima cita: _____
6. Explique brevemente la razon por ver al dentista: _____

- | | Escoja Uno | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Tiene algun problema de salud su niño(a)? Explique solamente si su respuesta es si:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Alguna reaccion o alergia desfavorable que a tenido su niño(a)? Como penicilina:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Alergias o sensibilidad a alguna medicina? Cual? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Esta tomando medicina? Cual? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tiene dificultades respirando por la nariz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. A estado hospitalizado? Cual es la razon? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Se chupa el dedo su niño(a)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rechina los dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Le da miedo ver al medico a su niño(a)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Se queja su niño(a) de dolor cuando come? Duerme, o toma liquidos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. A tenido un accidente en los dientes de enfrente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. A tenido algun problema con un dentista? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta si, favor de explicar: _____ | | | |
| 19. Una razon por estar emocionalmente molesto? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hay algo de importancia que debemos saber de su niño(a)? Si contesta si, favor de explicar: _____ | | | |
| 20. Es dificil parar la sangre despues de un herida? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Toma su niño(a) tabletas o gotas de fluoruro? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hemos tratado a cualquier otro niño en su familia? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Favor de marcar cada enfermedad que su niño(a) a tenido? | | | |

Escoja Uno

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desorden del higado |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desorden de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Radiacion/Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desorden del rinon |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ulcera en los labios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia al latex | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de corazon | Otro _____ | |

24. Cuál es el peso de su niño? _____ Lbs.
25. En qué grado esta su niño? _____
26. Como considera su hijo(a)? (escoja uno)..... Avancado Normal Despacio
27. Hay algo raro de su hijo(a), que crea usted que debemos saber?
 Si contesta si, favor de explicar: _____

Antes de poder tratar a su niño(a), necesitamos su consentimiento. Yo doy permiso para que cualquier tratamiento dental que sea necesario sea administrado al niño(a) nombrado en este formulario. Puede incluir radiografias, modelos y la administracion de anestesia local o otros medicamentos que el dentista crea necesarios. Puede ser que el expediente se reproduzca para publicar en articulos scientificos o para libros profesionales o bajo exhibicion de grupos scientificos.

Fecha: _____ **Parentesco:** _____ **Firma:** _____
Persona responsable por la cuenta del niño(a)? _____
Direccion: _____

Aunque su aseguranza puede pagar todos los cobros, usted es responsable por todos los gastos que puedan incurrir durante el tratamiento hecho por doctora You. Nosotros mandaremos los cobros a su aseguranza como cortesia, pero es su responsabilidad asegurar de que su cuenta este al corriente.

Firma: _____

Actualizaciones Paternales y doctor Reviewed: _____