



# DENTAL HEALTH HISTORY

Child's Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Child's Last *Medical Exam* - - Physician Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Is your child taking any prescribed medications?  Yes  No

If so, what kind & why? \_\_\_\_\_

If your child has had any of the following: (*please check box*)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever    | <input type="checkbox"/> Epilepsy         | <input type="checkbox"/> Hyperactivity   |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease      | <input type="checkbox"/> Nervous Disorder | <input type="checkbox"/> Cleft Palate    |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur       | <input type="checkbox"/> Hepatitis        | <input type="checkbox"/> Autism          |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease     | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy   | <input type="checkbox"/> Down's Syndrome |
| <input type="checkbox"/> Liver Disease      | <input type="checkbox"/> Lung Disease     | <input type="checkbox"/> Seizures        |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder  | <input type="checkbox"/> Asthma           | <input type="checkbox"/> Tuberculosis    |
| <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes         |  |

*Please check if your child  
has any developmental*

*problems with:*

- Speech*  
 *Hearing*  
 *Sight*  
 *Physical Ability*  
 *Mental Ability*

OTHER HEALTH PROBLEMS (please explain): \_\_\_\_\_

Does your child have any **allergies** or had any unfavorable reaction to: (*please circle*)

LATEX, MEDICINE or PENICILLIN? --- Explain \_\_\_\_\_

Is your child taking fluoride: Tablets/drops:  Yes  No

Rinse:  Yes  No

Remarks: \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, all of the proceeding answers are true & correct. If my child's health or medications change, I will inform the program dentist without fail.

**OFFICIAL USE ONLY:**

\_\_\_\_\_  
Health Care Review's Signature

\_\_\_\_\_  
PRINT: Name & Credentials

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# HISTORIA DE SALUD DENTAL

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ultimo *Examen Médico* Del Niño/a - - Nombre de Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta tomando su niño/a medicina recetada?  Si  No

Si eso es el caso, que clase y por qué? \_\_\_\_\_

Si su niño/a ha tenido lo siguiente: *(por favor marque)*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática            | <input type="checkbox"/> Epilepsia           | <input type="checkbox"/> Hiperactividad         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca         | <input type="checkbox"/> Desorden Nervioso   | <input type="checkbox"/> Fisura del Paladar     |
| <input type="checkbox"/> <b>Soplo en el Corazón</b>  | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Autismo                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón        | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral  | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Ataques / Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Sangre       | <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> <b>Tuberculosis</b>    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Célula de Hoz | <input type="checkbox"/> Diabetes            |   |

*Por favor marque si su niño/a  
tiene algún problema con*

*el desarrollo de:*

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Habla            |
| <input type="checkbox"/> Oír              |
| <input type="checkbox"/> La Vista         |
| <input type="checkbox"/> Habilidad Física |
| <input type="checkbox"/> Habilidad Mental |

OTROS PROBLEMAS DE SALUD *(favor de explicar)*: \_\_\_\_\_

Tiene su niño/a cualquier **alergia** o reacción desfavorable a: *(por favor circule)*

AL LATEX, MEDICINA o PENICILINA? - - Favor de Explicar: \_\_\_\_\_

Toma su niño/a fluoruro: Tabletas/gotas:  Si  No

Enjuague Bucal:  Si  No

Comentarios: \_\_\_\_\_

Bajo mi mejor conocimiento todas las respuestas son correctas y verdaderas. Si la salud o medicinas de mi niño/a cambian, informaré al dentista del programa sin falta.

**USO OFICIAL SOLAMENTE:**

\_\_\_\_\_  
Firma de Proveedor (Médico, Dentista, ect.)

\_\_\_\_\_  
En Letra de Molde: *Nombre y Credencial*

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este proyecto ha sido patrocinado por



Pagado por Proposición 10