

Patient Medical History Form

Formulario de historial médico del paciente

Name (Nombre): _____ Preferred Name (Nombre Preferido): _____

Birth Date (Fecha de nacimiento): ___/___/___ Sex (Sexo): M F Pronouns (Pronombres): _____

Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad): _____ Height (Altura): _____in. Weight (Peso): _____lbs

Primary physician (Médico primario): _____

Phone Number (Número de médico primario): _____

Does your child currently see a specialist? Su hijo actualmente ve a un especialista..... YES NO

If yes, what is their name and phone number (En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre y número de teléfono?)

Is this your child's first visit to the dentist? ¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista?..... YES NO

If no, was there treatment previously completed on your child's teeth? (Si la respuesta es no, ¿se completó previamente un tratamiento en los dientes de su hijo?)..... YES NO

1. Has your child ever been hospitalized or treated in an emergency department? ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o tratado en un departamento de emergencia?..... YES NO

If yes, please describe (En caso afirmativo, describa) _____

2. Is your child taking any medication, vitamins or dietary supplements? If so, please list below. ¿Está tomando su hijo algún medicamento, vitaminas o suplementos dietéticos? Si es así, por favor liste abajo.

3. Is your child up to date on immunizations against childhood diseases? ¿Está su hijo al día con las vacunas contra las enfermedades infantiles?..... YES NO

4. Is your child allergic to any medications, i.e. antibiotics, sedatives or other drugs? ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento, es decir, antibióticos, sedantes u otras drogas?..... YES NO

If yes, please describe (En caso afirmativo, describa): _____

5. Is your child allergic to anything else, such as latex, metals, dye or specific foods? ¿Es su hijo alérgico a algo más, como látex, metales, colorantes o alimentos específicos?..... YES NO

If yes, please describe (En caso afirmativo, describa): _____

6. Is your child speech/hearing/visually impaired? ¿Su hijo tiene problemas de habla, audición o visión?..... YES NO

If yes, please describe (En caso afirmativo, describa): _____

7. Behavioral, emotional, communication, or psychiatric problems/treatment? ¿Problemas/tratamiento de comportamiento, emocionales, de comunicación o psiquiátricos? YES NO

8. Abuse (physical, psychological, emotional, sexual) or neglect? ¿Abuso (físico, psicológico, emocional o sexual) o negligencia?..... YES NO

9. (For Females) Is there a chance your child may be pregnant? (Para mujeres) ¿Existe la posibilidad de que su hija esté embarazada? YES NO N/A

10. Frequent exposure to tobacco smoke? ¿Exposición frecuente al humo del tabaco?..... YES NO

11. Complications before or during birth, prematurity, birth defects, syndromes, or inherited conditions?

Complicaciones nacimiento, prematuridad, anomalías congénitas, síndromes o condiciones..... YES NO

12. Frequent colds or coughs, or pneumonia? Resfriados o tos frecuentes, o neumonía? YES NO

<input type="checkbox"/> ADHD/ADD <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anxiety (Ansiedad) <input type="checkbox"/> Arthritis (Artritis) <input type="checkbox"/> Asthma (Asma) <input type="checkbox"/> Autism (Autismo) <input type="checkbox"/> Bladder/Kidney Problems (Problemas de vejiga/riñones) <input type="checkbox"/> Blood Disorder (Trastorno de la sangre) <input type="checkbox"/> Blood Transfusions (Transfusiones de la sangre) <input type="checkbox"/> Brain Injury (Lesión cerebral) <input type="checkbox"/> Bruises Easily (Moretones con facilidad) <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy (Parálisis Cerebral) <input type="checkbox"/> Chronic Adenoid/Tonsil Infections (Infecciones crónicas de adenoides/amígdalas) <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect/Disease (Defecto/enfermedad cardíaca congénita) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis (Fibrosis Quística) <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV) - Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Developmental Delay (Retraso en el desarrollo) <input type="checkbox"/> Diabetes (Type 1 / Type 2)	<input type="checkbox"/> Eczema (Eccema) <input type="checkbox"/> Epilepsy/Convulsions (Epilepsia o convulsiones) <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding (Sangrado excesivo) <input type="checkbox"/> Excessive Gagging (Atragantamiento excesivo) <input type="checkbox"/> Fainting/ Dizziness (Desmayos/Mareos) <input type="checkbox"/> Fine/Gross Motor Deficit (Dolores de cabeza/migrañas frecuentes) <input type="checkbox"/> Frequent Headaches/ Migraines (Dolores de cabeza/migrañas frecuentes) <input type="checkbox"/> GERD (Gastroesophageal/ Acid Reflux) - reflujo gastroesofágico/ácido <input type="checkbox"/> Heart Murmur (Soplo cardíaco) <input type="checkbox"/> Hemophilia (Hemofilia) <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Presión arterial alta) <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV)/AIDS <input type="checkbox"/> Hypoglycemia (Hipoglucemia) <input type="checkbox"/> Irregular Heartbeat (Latido irregular del corazón) <input type="checkbox"/> Jaundice (Ictericia) <input type="checkbox"/> Liver Problems (Problemas hepáticos)	<input type="checkbox"/> Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Mouth Breathing (Respiración por la Boca) <input type="checkbox"/> Muscle/Joint/ Bone Problems (Problemas musculares/articulares/óseos) <input type="checkbox"/> Nutritional Deficiencies (Deficiencias nutricionales) <input type="checkbox"/> Obesity (Obesidad) <input type="checkbox"/> Pituitary Problems (Problemas de la pituitaria) <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever (Fiebre reumática) <input type="checkbox"/> Rheumatic Heart Disease (Enfermedad reumática del corazón) <input type="checkbox"/> Scarlet Fever (Escarlatina) <input type="checkbox"/> Scoliosis (Escoliosis) <input type="checkbox"/> STD/Sexually Transmitted Disease (Enfermedad de transmisión sexual) <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease/Trait (Enfermedad de células falciformes/rasgo) <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Sleep Apnea (Apnea del sueño) <input type="checkbox"/> Thyroid Problems (Problemas Tiroideos) <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
---	--	---

13. If your child has any other conditions not previously listed please explain: Si su hijo tiene alguna otra condición que no se haya mencionado anteriormente, explique:

14. Prolonged diarrhea, unintentional weight loss, concerns with weight, or eating disorder? Diarrea prolongada, pérdida de peso involuntaria, preocupaciones con el peso o trastorno alimentario..... YES NO

15. Cancer, tumor, or other malignancy; chemotherapy, radiation therapy, or bone marrow or organ transplant? Cáncer, tumor o otra malignidad; quimioterapia, radioterapia o médula ósea o trasplante de organo..... YES NO

If yes, please describe (En caso afirmativo, describa): _____

16. Hydrocephaly/shunt placement (ventriculoperitoneal, ventriculoatrial, ventriculovenous) Colocación de derivación para hidrocefalia ventriculoperitoneal, ventriculo auricular, ventriculo venoso..... YES NO

Signature (Firma): _____ Relationship (Relación): _____ Date (Fecha): _____