

Advocate Illinois Masonic Medical Center
Department of Dentistry/ Departamento De Odontologia

Medical and Dental History/Historia Clinica Y Dental

Name/Nombre y apellido _____

Birthdate/Fecha de nacimiento _____ Date/Fecha _____

This information is requested of you to enable the dentist to give your child the most comprehensive treatment possible. The answers will remain part of your child's permanent dental record and will be kept strictly confidential. If you are unable to answer a question about your child's health history, or if you are unsure of the answer, please ask your child's dentist. Thank you

La información que solicitamos le permitirá a su dentista ofrecerle a su hijo(a) el tratamiento más completo posible. Sus respuestas formarán parte del registro dental permanente y confidencial de su hijo(a). Si no puede contestar alguna pregunta, o no está seguro(a) de la respuesta, consulte a su dentista. Muchas gracias por su cooperación.

1. Is your child presently undergoing any medical treatment? ¿Está actualmente su hijo(a) bajo tratamiento médico?

_____ No _____ Yes/Si _____

2. Date of your child's last medical examination/Fecha del último examen médico de su hijo(a): _____

3. Family physician's name/ Nombre de su médico familiar: _____
Telephone #/Teléfono _____

4. Has your child ever been hospitalized? ¿Ha sido hospitalizado(a) su hijo(a) alguna vez?

_____ No _____ Yes/Si _____

5. List all of your child's surgeries (give type of surgery and date)/ Indique todas las operaciones que haya tenido su hijo(a). (Escriba el tipo de operación y la fecha).

6. Check any of the following conditions which your child may have had, or presently has:

Indique si su hijo(a) padece o ha padecido de alguno de los siguientes problemas:

- | | |
|---|-----------------------|
| a. Congenital heart defects/Defectos congénitos del corazón | _____ No _____ Yes/Si |
| b. Heart murmur/Sopio cardíaco | _____ No _____ Yes/Si |
| c. Rheumatic fever or scarlet fever/ Fiebre reumática o escarlatina | _____ No _____ Yes/Si |
| d. Respiratory problems or asthma/Problemas respiratorios o asma | _____ No _____ Yes/Si |
| e. Hay fever/ fiebre de heno | _____ No _____ Yes/Si |
| f. Kidney disease/Enfermedades de los riñones | _____ No _____ Yes/Si |
| g. Urinary tract infection/Enfermedades del sistema urinario | _____ No _____ Yes/Si |
| h. Livery disease/Enfermedades del hígado | _____ No _____ Yes/Si |
| i. Bleeding problems/Problemas de sangrado | _____ No _____ Yes/Si |
| j. Epilepsy/convulsions – Epilepsia/convulsiones | _____ No _____ Yes/Si |
| k. Thyroid disease/Enfermedades de la tiroides | _____ No _____ Yes/Si |
| l. Steroid/cortisone use – Uso de cortisona o esteroides | _____ No _____ Yes/Si |
| m. Diabetes | _____ No _____ Yes/Si |
| n. Contagious diseases (i.e., mumps, measles, hepatitis, etc.)
Enfermedades contagiosas (p.ej. paperas, sarampión, hepatitis, etc) | _____ No _____ Yes/Si |
| o. Psychiatric disorders/Problemas psiquiátricos | _____ No _____ Yes/Si |
| p. Blood transfusions/Transfusiones de sangre | _____ No _____ Yes/Si |
| q. Drug and/or alcohol abuse/Abuso de drogas o del alcohol | _____ No _____ Yes/Si |

7. Is your child pregnant at this time? ¿Esta embarazada actualmente su hija?

_____ No _____ Yes/Si _____ Trimester/Trimestre _____

8. Is your child taking any medications?/ ¿Está tomando su hijo(a) algún medicamento?
 ___ No ___ Yes/Si _____
9. Is your child allergic to any medications? ¿Es su hijo(a) alérgico(a) a algún medicamento?
 ___ No ___ Yes/Si _____
10. Is there any other medical conditions about which your child's dentist should know? / ¿Tiene su hijo(a) algún problema médico que el dentista debería conocer?
 ___ No ___ Yes/Si _____

Dental History – Historia Dental

1. Date of your child's last dental visit/Fecha de la última visita de su hijo(a) al dentista _____
 Reason/ Motivo de la vista _____
2. Are there any concerns or complaints about your child's teeth and/or gums at this time?
 ¿Tiene su hijo(a) algún problema con los dientes o con las encías?
 ___ No ___ Yes/Si _____
3. Has your child ever had problems associated with dental anesthetics?
 ¿Tiene o ha tenido su hijo(a) problemas con anestésicos dentales?
 ___ No ___ Yes/Si _____
4. Does your child suffer from/¿Sufre su hijo(a) de alguno de estos problemas?
 a. cold sores/herpes o ulceración labial ___ No ___ Yes/Si
 b. popping or clicking noises in joint when chewing
 ruidos extraños en la mandíbula al masticar o al bostezar ___ No ___ Yes/Si
 c. lumps in mouth/nódulos o ganglios en la boca ___ No ___ Yes/Si
 d. bleeding gums/enciás que sangran o que se han retraído ___ No ___ Yes/Si
 e. grinding or clenching of the teeth/rechinar los dientes ___ No ___ Yes/Si
 f. discolored teeth/dientes descoloridos ___ No ___ Yes/Si
 g. crowded teeth/dientes encimados ___ No ___ Yes/Si
 h. thumb sucking/chuparse el dedo ___ No ___ Yes/Si
5. Is your child still on the bottle? ¿Toma su hijo(a) biberón? ___ No ___ Yes/Si
6. Is your child apprehensive about this dental appointment?/
 ¿Le tiene su hijo(a) miedo al dentista? ___ No ___ Yes/Si
7. Has your child ever had an unfavorable dental experience?
 ¿Ha tendio su hijo(a) alguna experiencia dental desfavorable? ___ No ___ Yes/Si

 Parent or guardian signature/Firma del padre o tutor

 Relationship to patient/Relacion con el paciente

 Date/Fecha

 Dentist Signature/Firma del dentista