

Patient Information (Please print in ink)

First Name	MI	Last Name	Preferred Name		
Street Address	City		State	Zip Code	Phone Number
Social Security #	Date of Birth	Age	Male	or	Female
School			Grade	Optional Information (for statistical purposes only): Race/Ethnicity	

Patient Health History (Please answer all questions)

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	Yes ___ No ___	Use of Diet Pills/Diet Aids (including Phen-Fen)	Yes ___ No ___	Kidney or Liver Disease	Yes ___ No ___
Alcohol/Drug Abuse	Yes ___ No ___	Disabilities/Special Needs	Yes ___ No ___	Pregnant	Yes ___ No ___
Allergies	Yes ___ No ___	Epilepsy	Yes ___ No ___	Prosthetic Joints, Plates or Pins	Yes ___ No ___
Anemia	Yes ___ No ___	Fainting	Yes ___ No ___	Rheumatic Fever	Yes ___ No ___
Asthma/Breathing Problems	Yes ___ No ___	Heart Murmur	Yes ___ No ___	Sickle Cell Anemia	Yes ___ No ___
Autism	Yes ___ No ___	Heart Trouble	Yes ___ No ___	Speech/Hearing Problems	Yes ___ No ___
Birth Defect(s)	Yes ___ No ___	Hepatitis	Yes ___ No ___	Has the patient had surgery?	Yes ___ No ___
Bleeding/Clotting Problems	Yes ___ No ___	High Blood Pressure	Yes ___ No ___	Tobacco Use	Yes ___ No ___
Diabetes	Yes ___ No ___	HIV/AIDS	Yes ___ No ___	Tuberculosis	Yes ___ No ___

If you answered "Yes" to any of the above, please explain:

Yes ___ No ___ Does the patient have any other health problems? If "Yes", please explain _____

Yes ___ No ___ Is the patient taking any medications at this time (including over-the-counter medications such as aspirin)? If "Yes", what type: _____

Yes ___ No ___ Is the patient allergic to any medications? If "Yes," what?: _____

Yes ___ No ___ Is the patient allergic to anything else? If "Yes", what (for example: latex, anesthesia): _____

Yes ___ No ___ Does the patient have any dental problems/concerns at this time? If "Yes, please explain: _____

Parent/Guardian Information (Please Print)

Mother/Guardian Name	Father/Guardian Name	Parent/Guardian Email Address
Address	City	Zip Code
	Home Phone #	Cell or Work Phone #
Nearest Relative Not Living With Patient	Relationship to Patient	Phone #
Please List Other Siblings Seen At This Center: _____		
Patient's Pediatrician/Family Physician	Patient's Pediatrician/Family Physician's Phone #	Signature of Dentist

Pursuant to an agreement with the Office of Inspector General of the United States Department of Health and Human Services, this Dental Center maintains a list of substantiated incidents of patient harm over the last eighteen months, which is available for your review upon request.

I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth have been answered to my satisfaction. I will not hold the dentist, or any other member of his/her staff, responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

I consent for the examination, teeth cleaning, application of topical fluoride, any necessary x-rays and clinical photographs, and any necessary sealants.

Parent/Guardian Signature Date

Información del (la) Paciente (Por favor escriba en letra no cursiva y en tinta)

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Edad	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
# del Seguro Social	Escuela		Grado	Hombre o	Mujer
Idioma de Preferencia		Información Opcional (para propósitos de estadísticas): Raza/Etnicidad			

Historia de Salud del Paciente (Por favor responda todas las preguntas)

Desorden de Deficiencia Atención e Hiperactividad	Sí ___ No ___	Pastillas de Dieta (incluyendo Phen-Fen)	Sí ___ No ___	Enfermedad de Hígado o Riñón	Sí ___ No ___
Abuso de Alcohol y Drogas	Sí ___ No ___	Minusválido	Sí ___ No ___	Embarazada	Sí ___ No ___
Alergias	Sí ___ No ___	Epilepsia	Sí ___ No ___	Articulaciones, Pasadores, Laminas o Prostéticos	Sí ___ No ___
Anemia	Sí ___ No ___	Desmayos	Sí ___ No ___	Fiebre Reumática	Sí ___ No ___
Asma/Problemas Respiratorios	Sí ___ No ___	Soplo en el Corazón	Sí ___ No ___	Anemia de la célula de la hoz	Sí ___ No ___
Autismo	Sí ___ No ___	Problemas de Corazón	Sí ___ No ___	Problemas de Hablado o Audición	Sí ___ No ___
Defectos de Nacimiento	Sí ___ No ___	Hepatitis	Sí ___ No ___	¿Ha tenido cirugía el paciente?	Sí ___ No ___
Problemas de sangrado/coagulación	Sí ___ No ___	Presión alta	Sí ___ No ___	Uso de Tabaco	Sí ___ No ___
Diabetes	Sí ___ No ___	VIH/SIDA	Sí ___ No ___	Tuberculosis	Sí ___ No ___

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

Sí ___ No ___ ¿Tiene algún otro problema el menor que no se haya incluido? Por favor explique: _____

Sí ___ No ___ ¿Está tomando alguna medicina el/la paciente en este momento (Incluyendo medicinas que no necesitan receta médica como aspirina)? Si respondió "Sí," ¿qué clase?: _____

Sí ___ No ___ ¿Es alérgico/a a alguna medicina? Si respondió "Sí," ¿a qué clase?: _____

Sí ___ No ___ ¿Es alérgico/a el/la paciente a cualquier otra cosa? Si respondió "Sí," ¿a qué clase? (por ejemplo, guantes de látex, anestesia): _____

Sí ___ No ___ ¿Tiene el/la paciente algún problema o inquietud dental en este momento? Por favor explique: _____

Información de los Padres/Custodios (Por favor escriba en letra no cursiva)

Nombre de la Madre/Guardián	Nombre del Padre/Guardián	Correo Electrónico de los Padres/Custodios
Dirección	Ciudad	Código Postal
Familiar más cercano que no viva con el/la paciente	Relación con el (la) paciente	Teléfono
Pediatra del paciente/Doctor de la familia	Número de Teléfono del Doctor	Firma del Dentista

Según el acuerdo con el Despacho del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanitarios de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office of Inspector General), este centro mantiene una lista de incidentes sustanciales que hayan involucrado lesiones a pacientes en los últimos dieciocho meses, y está a su disposición previa solicitud.

Yo certifico que he leído y comprendido lo anterior. Yo certifico que mis preguntas, de haberlas tenido, sobre los temas a continuación fueron respondidas a mi entera satisfacción. Yo no haré responsable al dentista ni a los miembros de su personal, por cualquier error u omisión que se hicieran al llenar esta forma.

Doy mi consentimiento para el examen dental, limpieza de dientes, aplicación de fluor, las radiografías que sean necesarias y fotografías clínicas y los sellantes que fueran necesarios.

Firma de los Padres/Custodios	Fecha	SHEET # _____
-------------------------------	-------	---------------