



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY FOR PEDIATRIC PATIENTS
HISTORIAL DENTAL PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

If you are a parent or guardian, please answer the following questions on behalf of the child. If you are a child filling out this form yourself, please answer the questions on your own behalf.

Si usted es uno de los padres o tutores, responda las siguientes preguntas en nombre del niño. Si usted es un niño y completa este formulario, responda las preguntas en su nombre.

1. Do you have/does the child have or have had ¿Tiene/su hijo ha tenido o tiene algunos de los siguientes?		
a. Any particular concerns about his/her/your mouth / teeth / overall oral health? ¿Tiene alguna inquietud particular sobre la boca/los dientes/la salud oral en general? If YES, please describe Si la respuesta es SÍ, describa: _____	☐ Yes SÍ	☐ No NO
b. Any problem(s) with dental treatment in the past? ¿Tuvo algún problema con el tratamiento dental en el pasado?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
c. Any facial or head injuries? ¿Tuvo alguna lesión facial o en la cabeza?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
d. Special dental treatment(s) such as braces, jaw surgery, hospital dentistry, etc.? ¿Tuvo tratamientos dentales especiales, como frenillo, cirugía de mandíbula, odontología hospitalaria, etc.?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
e. Pre-medicated with antibiotic before dental appointment in the past? ¿Lo premedicaron con antibióticos antes de una cita dental en el pasado?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
f. Been shown how to floss or brush? ¿Le mostraron cómo usar hilo dental o cepillarse?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
2. Does the child/do you brush or floss? ¿El niño/usted se cepilla o usa hilo dental? If YES, how often? Si la respuesta es SÍ, ¿con qué frecuencia? _____	☐ Yes SÍ	☐ No NO
3. Has there been any change in the child's or your general health in the last two years? ¿Ha habido algún cambio en la salud del niño o en su salud general en los últimos dos años?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
4. Approximate date of last physical exam? ¿Cuál es la fecha aproximada de su último examen anual?	_____/_____/_____	



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY FOR PEDIATRIC PATIENTS
HISTORIAL DENTAL PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

5. Is the child/are you now under the care of a physician? ¿Ahora se está atendiendo con un médico? If YES, Physician's name: Si la respuesta es SÍ, nombre del médico: _____	☐ Yes SÍ	☐ No NO
6. Any serious illness, operations, or hospitalizations in the last 5 years? ¿Tuvo alguna enfermedad grave, operaciones o hospitalizaciones en los últimos 5 años? If YES, please describe Si la respuesta es SÍ, describa: _____	☐ Yes SÍ	☐ No NO
7. Is the child/are you taking any medication(s)? ¿El niño/usted está tomando algún medicamento? If YES, please describe Si la respuesta es SÍ, describa: _____	☐ Yes SÍ	☐ No NO
8. Is the child/are you allergic or has he/she/you reacted adversely to any medication or food? ¿Es el niño/usted alérgico o ha reaccionado de forma adversa a algún medicamento o alimento? If YES, please describe Si la respuesta es SÍ, describa: _____	☐ Yes SÍ	☐ No NO
9. PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		
a. Does the child/do you use tobacco products? ¿El niño/usted usa productos con tabaco?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
b. Females: Is the child/are you pregnant? Mujeres: ¿Está embarazada/la niña está embarazada?	☐ Yes SÍ	☐ No NO
10. Other Health Problems or Conditions Otros problemas o afecciones de la salud _____ _____		



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY FOR PEDIATRIC PATIENTS
HISTORIAL DENTAL PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

I HAVE READ AND ANSWERED THE ABOVE QUESTIONS TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I UNDERSTAND THIS INFORMATION IS NECESSARY TO PROVIDE THE CHILD WITH DENTAL CARE IN A SAFE AND EFFICIENT MANNER. I WILL NOTIFY THIS CLINIC OF ANY FUTURE CHANGES IN THE HEALTH OR MEDICATIONS TAKEN BY THE CHILD.

HE LEÍDO Y CONTESTADO LAS PREGUNTAS ANTERIORES SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA BRINDARLE AL NIÑO ATENCIÓN DENTAL DE UNA MANERA SEGURA Y EFICIENTE. LE NOTIFICARÉ A ESTA CLÍNICA CUALQUIER CAMBIO EN LA SALUD O LOS MEDICAMENTOS QUE TOME EL NIÑO EN EL FUTURO.

Signature of Patient or Legal Representative*
Firma del paciente o representante legal

Date | Time
Fecha | Hora

Name of Legal Representative
Nombre del representante legal

Relationship of Legal Representative
Relación del representante legal

Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)
Firma del testigo (se requiere si el paciente no puede firmar)

Date | Time
Fecha | Hora