

HEALTH QUESTIONNAIRE

Website _____

Sex/Sexo: M / F



QUESTIONARIO MEDICO

After School Program YES / NO

Room #: _____ Grade: _____ AM / PM

Patient's Name/Nombre del Paciente: _____ Telephone/Cell/Teléfono: _____

Address/ Dirección: _____ May we text your cell/ Podemos texto tu celular: Yes / No

Patient's Social Security Number/ Paciente número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Patient's Date of Birth Fecha de nacimiento: _____ Age Edad: _____

PATIENT'S INSURANCE INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL SEGURO PARA VER AL PACIENTE:

// Medi-Cal ID No: _____ Parent's Email/Email de Padre: _____

// Other DENTAL Insurance: _____ Phone Number: _____

First Name/Last Name	Date of Birth	Subscriber ID #(SSN)	Employer	Phone #
Father: _____	_____	_____	_____	_____
Mother: _____	_____	_____	_____	_____

Patient's Medical Information MUST COMPLETE DEBE COMPLETAR información médica del paciente:

Consent to Treat Patient – PARENT MUST SIGN Consentimiento para tratar el paciente – padre tiene QUE FIRMAR:

How many times have you seen the dentist this year? _____
 ¿Cuántas veces se ha visto al dentista este año? _____
 -Are you pregnant? If so, how long? _____
 ¿Esta usted embarazada? Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

Has the patient ever had the following / El paciente alguna vez ha tenido las siguientes ?

- Y / N Asthma or hay fever/asma o fiebre
- Y / N bleeding problem/problema con hemorragia
- Y / N heart trouble/problemas de corazón
- Y / N rheumatic fever/fiebre reumática
- Y / N diabetes/diabetes
- Y / N HIV/Aids/ EL VIH/Sida
- Y / N tuberculosis/tuberculosis
- Y / N liver disease, hepatitis/enfermedades del hígado,hepatitis
- Y / N jaundice/ la ictericia
- Y / N kidney disease/enfermedades del riñón
- Y / N radiation treatment/tratamiento de radiación
- Y / N seizures/ataques/ fainting or dizziness/ desmayos o mareos
- Y / N have you ever had problems with dental treatment/ha tenido algun problema con tratamieto dental

// Check here if child needs antibiotic pre-medication before dental treatment.

// Marque si require antibiotio antes de obtener tratamiento dental.

Are you now or have you been under a physician's care? When, what? ¿Esta, o ha estado bajo tratamiento medico? Cuándo, por qué?

Have you ever been hospitalized? ¿Alguna vez ha sido hospitalizado?

List any drugs or medicine you take regularly, now or in the past, when and what for/liste alguna clase de medicinas esta tomando ahora o en el pasado, cual y por qué?

Are you allergic to penicillin, codeine, barbituates, novocaine or any drugs or medicines? Which? ¿Es usted alérgico a la penicilina, codeína, barbitúricos, novocaína o cualquier tipo de drogas o medicamentos? ¿Cuál? _____

Do you have any type of allergy? What? ¿Tiene algún tipo de alergía? ¿Qué? _____

I grant permission to the dentist to provide exam, cleaning, fluoride, and sealants; to administer anesthetics, fill or remove any infected teeth; and provide procedures necessary and advisable to treat this patient. I understand that all records, x-rays, models, etc., will remain the property of Healthy Smiles. Dentist may release records only to a physician or dentist to verify a diagnosis or consultation.

Le concedo permiso a su dentista para dar examen, limpieza, fluoruro y selladores y administrar anestésicos, rellenar o reparar caries, remover dientes que no se pueden curar y ofrecer los tratamientos necesarios y aconsejables para tratar este paciente. Entiendo que todos los registros, las radiografías, modelos, etc. seguirán siendo de propiedad de Healthy Smiles. El dentista puede liberar registros sólo a un médico o dentista para verificar el diagnóstico o consulta.

X _____
Custodial parent or legal guardian / Nombre de padres/tutor legal

X _____

Signature/Firma

X _____ Date/Fecha



4186 Swift Ave., Suite #108, Fresno, Ca. 93722 | 559.229.6437

Healthy Smiles Dr's Initials: _____ Date: _____