



DENTAL HEALTH NETWORK

DENTAL HEALTH HISTORY

Child's Last Name:	First Name:	
Address:	City:	Zip Code:
Child's Last <i>Medical Exam</i> – Physician Name:		Date:
Has your child had any surgeries or been hospitalized in the last five years? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, why? _____		
Is your child taking any prescribed medications? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, what kind & why? _____		
Has your child had any of the following? (<i>please check all that apply</i>) <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Heart Murmur <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Nervous Disorder <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Lung Disease <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hyperactivity <input type="checkbox"/> Cleft Palate <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Down's Syndrome <input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Tuberculosis		
Does your child have any of the following developmental problems? (<i>please check all that apply</i>) <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Sight <input type="checkbox"/> Physical Ability <input type="checkbox"/> Mental Ability		
Other health problems (<i>please explain</i>):		
Does your child have an allergy, or had any unfavorable reactions to, any of the following? (<i>please check all that apply</i>) <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> MEDICINE <input type="checkbox"/> PENICILLIN <input type="checkbox"/> PINE NUTS If yes, please explain: _____		
Is your child taking fluoride? Tablets/drops: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Rinse: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Does your child have any of the following COVID-19 symptoms? <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> cough <input type="checkbox"/> shortness of breath (<i>not related to a chronic illness</i>) <input type="checkbox"/> persistent pressure or pain in the chest <input type="checkbox"/> Loss of taste or smell <input type="checkbox"/> bluish lips or face <input type="checkbox"/> tingling in arms or legs		
Has your child been exposed to anyone who tested positive for COVID-19? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Has your child traveled out of the county? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Remarks:		
<i>To the best of my knowledge, all of the proceeding answers are true & correct. If my child's health or medications change, I will inform the program dentist without fail.</i>		
_____ Parent Signature	_____ Print Parent Name	_____ Date
OFFICIAL USE ONLY:		
_____ Health Care Reviewer's Signature	_____ PRINT: Name & Credentials	



DENTAL HEALTH NETWORK

HISTORIA DE SALUD DENTAL

Apellido del Niño/a:		Nombre del Niño/a:	
Domicilio:		Ciudad:	Código Postal:
Ultimo Examen Médico Del Niño/a – Nombre de Médico:			Fecha:
¿Su niño/a a tenido alguna cirugía o a sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Razón de hospitalización o cirugía: _____			
¿Esta tomando su niño/a medicina recetada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si eso es el caso, que clase y por qué? _____			
Si su niño/a ha tenido lo siguiente: <i>(por favor marque)</i> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Desorden de la Sangre <input type="checkbox"/> Enfermedad de Célula de Hoz <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Desorden Nervioso <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Fisura del Paladar <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Ataques / Convulsiones <input type="checkbox"/> Tuberculosis			
Por favor marque si su niño/a tiene algún problema con el desarrollo de: <i>(por favor marque)</i> <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> La Vista <input type="checkbox"/> Habilidad Física <input type="checkbox"/> Habilidad Mental			
Otros problemas de salud <i>(favor de explicar)</i> : 			
Tiene su niño/a cualquier alergia o reacción desfavorable a: <i>(por favor circule)</i> <input type="checkbox"/> AL LATEX <input type="checkbox"/> MEDICINA <input type="checkbox"/> PENICILINA <input type="checkbox"/> LOS PIÑONES Favor de Explicar: _____			
¿Toma su niño/a fluoruro? Tabletas/gotas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enjuague Bucal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes síntomas de COVID-19? <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar (no relacionada con una enfermedad crónica) <input type="checkbox"/> Presión persistente o dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Pérdida del sabor o del olfato <input type="checkbox"/> Labios o cara azulados <input type="checkbox"/> Hormigueo en brazos o piernas			
¿Ha estado expuesto su hijo a alguien que dio positivo por COVID-19? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
¿Ha viajado su hijo fuera del área en las últimas dos semanas? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Comentarios: 			
Bajo mi mejor conocimiento todas las respuestas son correctas y verdaderas. Si la salud o medicinas de mi niño/a cambian, informaré al dentista del programa sin falta.			
_____ Firma de Padre		_____ En letra de MOLDE: Nombre de Padre	
		_____ Fecha	
USO OFICIAL SOLAMENTE:			
_____ Firma de Proveedor (Médico, Dentista, ect.)		_____ En Letra de Molde: Nombre y Credencial	