

Nombre del niño Childs' Name: \_\_\_\_\_

Fecha del nacimiento:Date of Birth \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

número de axiUm axiUm Chart: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL - EVALUACIÓN DEL PACIENTE**

GENERAL MEDICAL INFORMATION - PATIENT EVALUATION

**¿Tiene el niño alguno de los siguientes síntomas?** Does the child have any of the following diseases or problems? [1.3]

- Tuberculosis activa Active Tuberculosis
- Tos persistente mayor de 3 semanas de duracion Persistent cough greater than 3 weeks in duration
- Tos que produce sangre Cough that produces blood
- Ha sido expuesto a alguien con tuberculosis Been exposed to anyone with Tuberculosis
- NO No

**¿El niño está ahora, o en el año pasado ha estado bajo el cuidado de un médico?** Is the child now, or has the child been in the past year, under the care of a physician? [1.5]

- Si Yes
- NO No

**¿Hay algunas condiciones para cuales el niño tenga que tomar medicina antes del tratamiento dental?** Are there any conditions that necessitate the child taking medication prior to dental treatment? [1.4]

- Si Yes
- NO No

**¿Ha cambiado la salud general del niño en el año pasado?** Has there been any change in the child's general health within the past year? [1.6]

- Si Yes
- NO No

**¿El niño ha tenido cualquiera enfermedad grave, cirugía, o ha sido hospitalizado en los 5 años pasados?** Has the child had any serious illness, operation, or been hospitalized in the past 5 years? [1.7]

- 0-6 MESES 0-6 MONTHS
- 6-12 MESES 6-12 MONTHS
- 1-2 AÑOS 1-2 YEARS
- 2-5 AÑOS 2-5 YEARS
- NO No

**¿Están actualizadas las vacunas del niño?** Are the child's immunizations up to date? [1.8]

- Si Yes
- NO No

**¿El niño usa o ha usado tabaco (fumar, rapé (polvo), masticar, bidis)?** Does the child use or has the child used tobacco (smoking, snuff, chew, bidis)? [1.9]

- Actualmente Currently
- En el pasado Past
- Nunca Never

**¿El niño usa o ha usado drogas callejeras o de receta u otras sustancias para propósitos recreacionales? (la cocaína, el éxtasis, la heroína, la marihuana, la metanfetamina, Oxycontin, u otras)** Does the child use or has the child used prescription or street drugs or other substances for recreational purposes? (Cocaine, Ecstasy, Heroin, Marijuana, Methamphetamine, Oxycontin, Other) [1.10]

- En el pasado Past
- Actualmente Currently
- Nunca Never

**Medicamentos:**

Medications:

**¿El niño toma o ha tomado recientemente (entre el mes pasado), o debe tomar cualquier medicamento (de receta, de venta libre, suplementos dietéticos, vitaminas, naturales o herbales)?** Is the child taking, has the child recently (within the last month) taken, or is the child supposed to be taking any medications (prescription, over the counter, diet supplements, vitamins, natural or herbal)? [1.1]

Medicamento/Medication	Dosis/Dosage	Frecuencia/Frequency

**ALERGIAS**

ALLERGIES

**¿El niño es alérgico o ha experimentado una reacción a cualquier de los siguientes?** Is the child allergic to, or has the child had a reaction to any of the following? [1.2]

- Anestésicos locales (novocaína/epinefrina) Local anesthetics (Novocaine/Epinephrine)  
Reacción Reaction \_\_\_\_\_
- Penicilina Penicillin  
Reacción Reaction \_\_\_\_\_
- Fiebre del heno/estacional (rinitis alérgica) Hay fever/seasonal (allergic rhinitis)  
Reacción Reaction \_\_\_\_\_
- Comida Food Especifique Specify \_\_\_\_\_  
Reacción Reaction \_\_\_\_\_
- Látex (goma) Latex (rubber)  
Reacción Reaction \_\_\_\_\_
- Otro/Otros medicamentos Other/Other medications  
Reacción Reaction \_\_\_\_\_
- Ninguno None

**CONDICIONES MÉDICAS: ¿Tiene o ha tenido cualquier de los siguientes enfermedades, problemas, o síntomas?**

**MEDICAL CONDITIONS: Do you have or have you had any of the following diseases, problems, or symptoms?**

**¿Problema del corazón/problema de presión arterial?** Heart/Blood Pressure problem? [1.18]

- Defecto cardiaco congenito Congenital heart defect
- Soplo Heart murmur
- Presion arterial elevada/Hipertension High blood pressure
- Fiebre reumática/enfermedad cardiaca reumática Rheumatic fever/Rheumatic heart disease
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Problema respiratorio/del pulmon?**

Respiratory/Lung problem? [1.23]

- Asma Asthma
- Bronquitis Bronchitis
- Neumonía Pneumonia
- Ronquido Snoring
- Tuberculosis Tuberculosis
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Diabetes/trastorno endocrino?**

Diabetes/Endocrine disorder? [1.14]

- Diabetes Diabetes
- Problema tiroideo Thyroid problem
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Trastorno del riñón/urinario?**

Kidney/Urinary disorder? [1.20]

- Si Yes
- No No

**¿Problema del crecimiento/desarrollo?**

Growth/Development Problem? [1.16]

- Problema del comportamiento Behavioral problem
- Retraso del desarrollo Developmental delay
- Nerviosismo excesivo Excessive nervousness
- Trastorno genetico Genetic disorder
- Discapacidad intelectual/del aprendizaje Intellectual/Learning disability
- Problema del crecimiento físico Physical growth problem
- Nacimiento prematuro/complicaciones del embarazo Premature birth/Pregnancy complications
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Problema neurológico/del nervio?**

Neurologic/Nerve problem? [1.22]

- TDA/TDAH (trastorno de déficit de atención) ADD/ADHD (attention deficit disorder)
- Parálisis cerebral Cerebral palsy
- Convulsiones Convulsions
- Desmayos o mareos Fainting or dizzy spells
- Pérdida de conciencia Loss of consciousness
- Enfermedad psiquiátrica/trastorno de la salud mental Psychiatric disease/Mental health disorder
- Incauciones/epilepsia Seizures/Epilepsy
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Enfermedades/enfermedades**

**infecciosas?** Illnesses/Infectious disease? [1.19]

- SIDA AIDS
- Varicela Chicken Pox
- VIH HIV
- Sarampión Measles
- Mononucleosis Mononucleosis
- Paperas Mumps
- Fiebre escarlata/escarlatina Scarlet fever
- ETS (enfermedad de transmisión sexual) STD (sexually transmitted disease)
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Trastorno del músculo/hueso/tejido**

**conectivo?** Muscle/Bone/Connective Tissue

disorder? [1.21]

- Artritis Arthritis
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Trastorno del estomago/intestino/higado?**

Stomach/Intestine/Liver disorder? [1.24]

- Hepatitis Hepatitis
- Ictericia (la piel/los ojos aparecen amarillos) Jaundice (skin/eyes turn yellow)
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Trastorno hematológico/de la sangre? [1.11]**

Blood/Hematologic disorder? [1.11]

- Anemia Anemia
- Trastorno hemorrágico Bleeding disorder
- Magullarse fácilmente/aparecen moretones con facilidad Bruise easily
- Anemia drepanocítica/anemia de células falciformes Sickle cell disease
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Problema de la cabeza/el ojo/el oído/la nariz/la garganta? Head/Eye/Ear/Nose/Throat problem? [1.17]**

Head/Eye/Ear/Nose/Throat problem? [1.17]

- Infecciones crónicas de los adenoides/las amígdalas Chronic adenoid/tonsil infections
- Labio leporino/paladar hendido Cleft lip/Cleft palate
- Discapacidad auditiva Hearing impairment
- Deficiencia del habla Speech impairment
- Problema visual Vision problem
- Otro Other
- Ninguno None

**¿Cáncer o tumores? Cancer or Tumors? [1.12]**

Cancer or Tumors? [1.12]

- Si Yes
- NO No

**¿Problema dermatológico/de la piel? Dermatologic/Skin problem? [1.13]**

Dermatologic/Skin problem? [1.13]

- Si Yes
- NO No

**¿Trastorno alimentario? Eating disorder? [1.15]**

Eating disorder? [1.15]

- Si Yes
- NO No

Por favor, añada comentarios o apuntes aquí sobre información médica no abordada por las preguntas arribas.

Please add comments or notes here for medical information not addressed by the above questions. [1.25]

For Marquette University Dental School Staff

Process date \_\_\_\_\_ Process 1 \_\_\_\_\_ Process 2 \_\_\_\_\_ Process 3 \_\_\_\_\_

For Marquette University Dental School Clinic Use Only

Use this section to record student and faculty signatures designating review and approval of the patient health history for existing patients until the health history is fully incorporated into the electronic health record.

Student signature/ID#: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Faculty signature/ID #: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Historial dental Dental History

**TRATAMIENTO DENTAL PASADO PAST DENTAL TREATMENT**

**¿El niño ha visitado el odontólogo antes? Has the child been to the dentist before? [2.1]**

**En caso afirmativo: If yes:**

0-6 MESES  
0-6 MONTHS

6-12 MESES  
6-12 MONTHS

Si/Yes  
1-2 ANOS  
1-2 YEARS

No/No  
Mas que 2 ANOS  
More than 2 YEARS

¿Hace cuánto tiempo fue su última visita dental?  
How long ago was your last dental visit?





¿Hace cuánto tiempo fue su último examen dental?  
How long ago was your last dental exam?





¿Hace cuánto tiempo fue su última radiografía  
(rayos-X) dental? How long ago was your last dental x-ray?





¿Hace cuánto tiempo fue su última limpieza  
dental? How long ago was your last dental cleaning?





**¿El niño ha tenido tratamiento de ortodoncia (aparatos dentales) alguna vez? Has the child ever had orthodontic (braces) treatment? [2.2]**

Si Yes

No No

**PROBLEMAS DENTALES (SIGNOS/SÍNTOMAS) DENTAL PROBLEMS (SIGNS/SYMP TOMS)**

**¿El niño está experimentando dolor o incomodidad dental ahora? Is the child currently experiencing dental pain or discomfort? [2.3]**

Si Yes

No No

**¿El niño se ha lastimado la cabeza o la boca alguna vez? Has the child ever had an injury to their head or mouth? [2.4]**

Si Yes

No No

**PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DENTALES (HIGIENE ORAL/LA DIETA) DENTAL DISEASE PREVENTION (ORAL HYGIENE/DIET)**

**¿Con qué frecuencia se cepilla el niño los dientes? How often does the child brush their teeth? [2.6]**

A veces Sometimes

Una vez al día Once a day

Dos veces al día Twice a day

Más que dos veces al día More than twice a day

Nunca Never

**¿Con qué frecuencia usa el hilo dental el niño? How often does the child floss their teeth? [2.7]**

A veces Sometimes

Una vez al día Once a day

Dos veces al día Twice a day

Más que dos veces al día More than twice a day

Nunca Never

**¿Cómo espera que su hijo se reaccione en la silla dental? How do you expect your child to react in the dental chair? [2.13]**

Muy bien Very good

Bien Good

Mal Poor

Muy mal Very Poor

**¿Tiene el niño una exposición adecuada al fluoruro [2.9]? Does the child have adequate fluoride exposure?**

Vive o va a la escuela en una comunidad fluorurada Lives or goes to school in a fluoridated community

Usa pasta de dientes con fluoruro por lo menos una vez al día Fluoride toothpaste used at least once per day

Usa enjuague bucal con fluoruro diariamente Fluoride mouth rinse used daily

Tratamiento tópico con fluoruro en los últimos 6 meses Topical fluoride treatment within the last 6 months

Tratamiento con barniz fluorado en los últimos 6 meses Fluoride varnish treatment within the last 6 months

No No

**¿El niño come refrigerios entre comidas mas que 3 veces al dia y/o tiene una dieta alta en carbohidratos (azúcar, almidón)? Does the child snack between meals more than 3 times daily and/or have a diet high in carbohydrates (sugar, starch)? [2.10]**

Consumo frecuente de bocadillos Frequent Snacking

Dieta alta en carbohidratos Diet high in carbohydrates

No No

**¿El niño se aprieta los dientes, y/o brux (rechina) los dientes? Does the child clench, and/or brux(grind) their teeth? [2.11]**

APRIETA CLENCH

BRUX/MOLER BRUX/GRIND

AMBOS BOTH

Ninguno None

**¿El niño se chupa el dedo pulgar, un dedo y/o un chupete? Does the child suck their thumb, finger and/or pacifier? [2.12]**

Dedo pulgar Thumb

Dedo Finger

Chupete Pacifier

Ninguno None

A lo mejor de mi conocimiento, he respondido a todas las preguntas completamente y precisamente.  
To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately.

Firma del padre/representante legal:

Parent/Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Fecha: Date: \_\_\_\_\_