

Texas Redbud Dental, PC

Patient Registration and Medical/Dental History

Patient's Name/ <i>Nombre de paciente</i>		Date of birth/ <i>Fecha de nacimiento</i>	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parent(s) or Guardian Name/ <i>Nombre de padre o madre o tutor</i>		Home phone/ <i>Telefono particular</i>	Cell phone/ <i>Telefono celular</i>
Address/ <i>Dirección</i>		City/State / <i>Ciudad/Estado</i>	Zip Code/ <i>Código postal</i>
email address/ <i>Dirección de correo electrónico</i>		OK to contact by phone? <i>¿Podemos contactarlo por telefono?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No	OK to contact by email? <i>¿Podemos contactarlo por correo electrónico?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No
Pediatrician or physician/ <i>Pediatra o medico</i>		Date of last medical checkup <i>Fecha del ultimo examen fisico</i>	Up to date with vaccines? <i>¿Esta al dia con sus vacunas?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No

Dental History

Is this the child's first visit to the dentist? <i>¿Es esta la primera visita del paciente al dentista?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, date of last exam: <input type="checkbox"/> <i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No, fecha de ultima examen:</i>
Has the child had braces or been to an orthodontist? <i>¿Ha usado el paciente frenos o ido al ortodontista?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, name: <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si, nombre:</i>
Has the child had dental treatment (fillings, crowns, etc) before? <i>¿Ha tenido el paciente tratamiento dental (empastes, coronas, etc) antes?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, approximate age: <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si, edad aproximada:</i>
Has the child had any negative dental or medical experiences? <i>¿Ha tenido el paciente alguna experiencia dental o medica negativa?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, approximate age: <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si, edad aproximada:</i>
Any dental problems or concerns today? <i>¿Tiene algun problema o preocupacion dental hoy?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si:</i>

Patients over age 18 / *Pacientes mayor de 18 años:*

Emergency contact/ <i>contacto de emergencia:</i>	Phone number/ <i>Telefono:</i>
---	--------------------------------

For children under age 18 / *Pacientes menores de 18 años:*

Parent/guardian gives permission for the following individuals to bring the patient to dental appointments and to give consent for their dental care (list grandparents, other relatives, or friends who may bring the child to dental appointments). I give permission for the staff of Texas Redbud Dental to give information regarding the child's dental condition to these individuals.

Padre/tutor da permiso a los siguientes individuos para traer al paciente a sus citas dentales y para dar consentimiento para su cuidado dental (escriba nombres de abuelos, familiares o amigos que puedan traer al paciente a sus citas dentales). Doy permiso para que el personal de Texas Redbud Dental divulge informacion sobre la condicion dental del paciente a estos individuos.

Name / <i>Nombre:</i>	Relationship to patient: / <i>Relación con el paciente</i>

**Does the patient now have, or ever had, any of the following medical conditions?
¿Presenta el paciente, o ha tenido anteriormente, alguna de las siguientes condiciones medicas?**

	Yes/Si	No		Yes/Si	No
Heart condition/murmur <i>Problemas del corazón</i>			ADHD/ADD <i>Hiperactivo</i>		
Allergies to medications <i>Alérgias a los medicamentos</i>			Autism/Developmental delays <i>Autismo/Problemas del desarrollo</i>		
Asthma <i>Asma</i>			Mental/psychiatric disorder <i>Enfermedad mental</i>		
Breathing problems <i>Problemas respiratorios</i>			Speech delay <i>Problema del habla</i>		
Seasonal/environmental/food allergies <i>Alérgias a la comida/temporada/ambiente</i>			Hearing impaired <i>Problema de audición</i>		
Diabetes <i>Diabetes (azúcar en la sangre)</i>			Cerebral palsy <i>Parálisis cerebral</i>		
Tuberculosis (TB) <i>Tuberculosis</i>			Epilepsy/Seizures <i>Epilepsia/Convulsiones</i>		
Bleeding disorders <i>Problemas de hemorragia</i>			Fainting <i>Desmayo</i>		
HIV/AIDS/Immune deficiency <i>VIH/SIDA/Defiency inmunológico</i>			Sickle Cell Anemia <i>Anemia de célula falciforme</i>		
Rheumatic Fever <i>Fiebre reumática</i>			Arthritis <i>Artritis</i>		
Thyroid problem <i>Problema de la tiroides</i>			Hepatitis/Liver problems <i>Hepatitis/Problemas del hígado</i>		
Kidney Disease <i>Enfermedad del riñón</i>			Cancer/Tumor <i>Cáncer/Tumor</i>		
High or low blood pressure <i>Presión arterial alta o baja</i>			Sensitive to latex <i>Sensitivo al latex</i>		
Ever been hospitalized? <i>¿Alguna vez ha sido hospitalizado?</i>			Other serious illness or injury? <i>¿Otra enfermedad grave?</i>		
Stomach or gastrointestinal problems <i>Problemas estomacales o intestinos</i>			Females only (teens): Mujeres (adolescente):		
Frequent infection (ear, urinary, strep throat, etc) <i>Infecciones frecuentes (oído, urinario, garganta, etc)</i>			Any possibility of pregnancy? <i>¿Hay alguna posibilidad de embarazo?</i>		
Tobacco use (teens) <i>Consumo de tabaco (adolescentes)</i>			Taking birth control pills? <i>¿Esta tomando pastillas contraceptivas?</i>		

Does the patient have any other disease, condition, or problem that you think we need to know about? No Yes:
¿Presenta el paciente otra enfermedad, condición o problema que no haya sido mencionada anteriormente y que es de importancia que tengamos conocimiento? No Si:

Has the child taken any medication for any reason in the last month: No Yes, please list:
¿Ha tomado el paciente algun medicamento por cualquier razon en el ultimo mes: No Si, ¿cual?

To the best of my knowledge, I have answered completely and accurately. I will inform my dentist of any change in health or medication. I give permission for my child to have a dental examination, x-rays, cleaning and fluoride.
La informacion de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender. Informare al dentista de cualquier cambio de salud o medicamentos. Doy mi consentimiento para el examen dental, rayo-x, limpieza y floururo.

Signature of Parent/Guardian or patient over 18 / Firma de Padre/Tutor o paciente mayor 18 años	Date / Fecha
---	--------------