

****A PARENT OR LEGAL GUARDIAN MUST ACCOMPANY THE CHILD FOR THE FIRST DENTAL VISIT

Home Phone # _____

Work Phone # _____

The Paterson Public Schools
Office of Dental Services
Division of Health, 176 Broadway
Paterson, New Jersey 07505
973-321-1277 EXT: 2745

School _____

Grade _____

Teacher _____

CONFIDENTIAL MEDICAL/DENTAL HISTORY FORM

CHILD'S LAST NAME _____ FIRST NAME _____

Parent/guardian's last name if different from child _____

HOME ADDRESS _____ ZIP CODE _____

PLACE OF BIRTH _____ CHILD'S BIRTH DATE _____ SEX _____

Do you have MEDICAID? YES ___ NO ___ Do you have Dental Insurance? YES ___ NO ___

If yes, please ask the nurse for a Medicaid or Insurance Referral List.

CHILD'S MEDICAL HISTORY

Date of child's last physical examination _____

Physician's Name and Address _____

Is the child now under a physician's care? Yes ___ No ___

Has child ever been a patient in a hospital or had any serious illness? Yes ___ No ___

If yes, please explain: _____

Please circle any of the following that your child has or had:

- | | | | |
|---------------------|------------------------|------------------------------|---------------|
| Anemia | Fainting Tendency | Prolonged Bleeding | Blood Disease |
| Asthma or Hay Fever | Heart Trouble | Prosthetic Joint Replacement | |
| Blood Transfusion | Hepatitis or Jaundice | Rheumatic Fever | |
| Cancer or Tumor | High Blood Pressure | Shortness of Breath | |
| Chest Pain | Immunocompromised | Tuberculosis | |
| Diabetes | Kidney/Bladder Trouble | Venereal Disease | |
| Epilepsy or Seizure | Mental Disorder | Thyroid Disease | |

Is your child taking any medication? yes ___ no ___ If yes, please list _____

Is your child allergic to any of the following?

penicillin ___ aspirin ___ codeine ___ dental anesthesia ___ other _____

Is your child pregnant? yes ___ no ___

The above information is true to the best of my knowledge.

RESPONSIBLE PARENT/GUARDIAN: Please print full name here: _____

Signature _____ Date _____

******PADRE O GUARDIAN LEGAL TENDRA QUE ACOMPAÑAR SU NINO/NINA PARA LA PREMIER VISITA DENTAL. POR FAVOR, SI USTED NO HABLA INGLES, TRAIGA UN INTERPRETE. GRACIAS**

Home Phone # _____

ESCUELA # _____ Grado _____ Maestro _____

Work Phone # _____

**Distrito Escolar de Paterson
Oficina de Servicios Dentales
Departamento de Salud, 176 Broadway
Paterson, New Jersey 07505
973-321-1277 EXT: 2745**

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA Y DENTAL

APELLIDO DEL NINO/NINA _____ PRIMER NOMBRE _____
Apellido del padre/madre o guardián si es diferente al del niño(a) _____

DIRECCIÓN _____ ZONA POSTAL _____

EN QUE PAIS NACIERON _____

FECHA DE NACIMENETO _____ SEXO _____ EDAD _____

Fecha de niño/nina última examinación física _____

Nombre y dirección de su médico _____

Esta niño/nina el cuidado? Si _____ No _____ De Un Médico? Si _____ No _____

Ha sido alguna vez un paciente en un hospital o ha tenido alguna enfermedad seria?

Tiene Ud Medicaid? Si _____ No _____ Tiene Ud Seguro Dental? Si _____ No _____

Por favor, circule cualquier condicion de las indicadas abajo que tiene o haya tenido:

Anemia	Tendencia a Mareos	Derrames de Sangre
Asma o Fiebre del Heno	Problemas del Corazón	Protesis de Coyuntura
Transfusión de Sangre	Hepatitis o Ictericia	Fiebre Reumática
Cancer or Tumor	Alta Presión	Falta de Respiracion
Dolor en el Pecho	Immunocompromiso	Tuberculosis
Diabetes .	Enfermedad Venerea	Problemas del Rinon o Vejiga
Ataques de Epilepsia	Desorden Mental	Murmullo del Corazón
Enfermedades de la Sangre		

Está su niño/nina tomando algún tipo de medicine presentemente? Si _____ No _____
Si la respuesta es si, por favor indiquada _____

Ha tenido su niño/nina alérgia a de las siguientes medicinas?

penicilina _____ aspirina _____ codeina _____ anestesia dental _____ cualquier otra _____

Está nina encinta? Si _____ No _____

La información indicada a qui es cierta a la medida de mi conocimiento.

PADRE/MADRE O GUARDIAN: Por favor escriba su nombre aqui en letra de

Imprenta: _____

Firma _____ Fecha _____