

Children only

MAINLAND DENTAL ASSOCIATES

DR. I. MENDELSON, DR. P. HUYNH, DR. E. MENDELSON,
DR. CAROL FRAZIER, DR. L. KITUSKIE, DR. D. GEJER, DR. B. PETTIGREW

50 W. Black Horse Pike
Pleasantville, NJ 08232
(609) 641-1065

1 So. New York Ave., Suite 101
Atlantic City, NJ 08401
(609) 345-1155

CHILD/TEENAGER PATIENT MEDICAL AND DENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE
EL NINO/A DOLESCENTE PACIENTE CUESTIONARIO MEDICO Y DENTAL DE SALUD

NAME AGE NICKNAME
Nombre Edad Apodo

YOUR CHILD'S PHYSICIAN
Su medico de nino(a)

1. IS YOUR CHILD UNDER THE CARE OF A PHYSICIAN NOW? YES NO
Esta su nino bajo cuidado de un medico ahora? SI NO

IF YES, FOR WHAT REASON?
Si si, por cual razon?

2. DESCRIBE YOUR CHILD'S ATTITUDE TOWARDS PHYSICIAN & TOWARDS PREVIOUS DENTIST:
Describe la actitud de su nino(a) hacia medico y hacia dentista previo:

3. IS YOUR CHILD TAKING ANY MEDICATIONS AT THE PRESENT TIME? YES NO
Su nino(a) esta que tomando cualquier medicina actualmente? SI NO

IF YES, PLEASE SPECIFY:
Si si, especifica por favor:

4. IS YOUR CHILD ALLERGIC TO ANYTHING? YES NO
Es su nino(a) alergico cualquier cosa? SI NO

IF YES, PLEASE SPECIFY:
Si si, especifica por favor:

5. HAS YOUR CHILD EVER TAKEN PENICILLIN? YES NO
Su nino(a) a tomado Penicillina? SI NO

ANY UNFAVORABLE REACTION TO THE MEDICINE? YES NO
Alguna reaccion desfavorable a la penicilina? SI NO

6. HAS YOUR CHILD EVER BEEN GIVEN LOCAL ANESTHETICS? ("NOVOCAINE") YES NO
Su nino(a) le han dado anesteticos locales? ("Novocaine") SI NO

7. HAS YOUR CHILD EVER BEEN HOSPITALIZED OR HAD A SERIOUS ILLNESS? YES NO
Su nino(a) a sido hospitalizado o tenido una enfermedad grave? SI NO

IF YES, PLEASE SPECIFY:
Si si, especifica, por favor:

8. DOES YOUR CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING DISEASES OR MEDICAL PROBLEMS-PAST OR PRESENT?
Su nino(a) a tenido cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas en el pasado o presente?

A. HEART MURMUR OR RHEUMATIC FEVER YES NO
Soplo en el corazon o fiebre reumatica SI NO

B. HEART DISEASE YES NO
Enfermedad cardiaca SI NO

C. PNEUMONIA YES NO
Pulmonia SI NO

D. LIVER DISEASES YES NO
Enfermedad del higado SI NO

E. KIDNEY DISEASES YES NO
Enfermedad de rinones SI NO

F. EAR OR EYE PROBLEMS YES NO
Problemas de oido o ojos SI NO

G. TUBERCULOSIS YES NO
Tuberculosis SI NO

H. ASTHMA YES NO
Asma SI NO

- | | | | | |
|---|-------|------------|-------|-----------|
| I. ANEMIA | _____ | YES | _____ | NO |
| Anemia | | SI | | NO |
| J. DIABETES | _____ | YES | _____ | NO |
| Diabetes | | SI | | NO |
| K. EPILEPSY | _____ | YES | _____ | NO |
| Epilepsia | | SI | | NO |
| L. SINUS PROBLEMS | _____ | YES | _____ | NO |
| Problemas de sinusitis | | SI | | NO |
| M. FREQUENT COLDS | _____ | YES | _____ | NO |
| Catarro frecuentemente | | SI | | NO |
| N. FAINTING SPELLS | _____ | YES | _____ | NO |
| Desmayar delectrea | | SI | | NO |
| O. JAUNDICE | _____ | YES | _____ | NO |
| Ictericia | | SI | | NO |
| P. BRONCHITIS | _____ | YES | _____ | NO |
| Bronquitis | | SI | | NO |
| Q. AIDS OR HIV | _____ | YES | _____ | NO |
| SIDA o VIH | | SI | | NO |
| R. ANY OTHER CONDITIONS THAT YOU THINK WE SHOULD KNOW ABOUT? | _____ | YES | _____ | NO |
| Cualquier otras condiciones que ud. piense nosotros debemos saber? | | SI | | NO |

IF YES, PLEASE SPECIFY:

Si si, especifica por favor: _____

- | | | | | |
|--|-------|------------|-------|-----------|
| 9. ARE YOUR CHILD'S TEETH BRUSHED ON A REGULAR BASIS? | _____ | YES | _____ | NO |
| Los dientes de su nino(a) son cepillados regular mente? | | SI | | NO |

BY WHOM?

Por quien? _____

10. DOES YOUR CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING HABITS?

Su nino(a) tiene cualquiera de los siguientes habitos?

- | | | | | |
|----------------------------------|-------|------------|-------|-----------|
| A. BREATHES THROUGH MOUTH | _____ | YES | _____ | NO |
| Respira por la boca | | SI | | No |
| B. BITES FINGERNAILS | _____ | YES | _____ | NO |
| Se muerde las unas | | SI | | NO |
| C. TONGUE HABITS | _____ | YES | _____ | NO |
| Habitos con la lengua | | SI | | No |
| D. SUCKS THUMB OR FINGERS | _____ | YES | _____ | NO |
| Se chupa el pulgar odedos | | SI | | NO |
| E. BITES OR SUCKS LIPS | _____ | YES | _____ | NO |
| Se muerde o se chupa los labios | | SI | | NO |

F. OTHER, PLEASE SPECIFY:

Otro, especifica por favor: _____

- | | | | | |
|---|-------|------------|-------|-----------|
| 11. HAS YOUR CHILD SEEN AN ORTHODONTIST? | _____ | YES | _____ | NO |
| Su nino(a) a visto a un ortodoncista? | | SI | | NO |

IF YES, FOR WHAT REASON?

Si si, por cual razon? _____

- | | | | | |
|--|-------|------------|-------|-----------|
| 12. DOES YOUR CHILD TAKE A VITAMIN SUPPLEMENT DAILY | _____ | YES | _____ | NO |
| Su nino(a) se toma suplementos de vitamina diariamente? | | SI | | NO |

IF YES, WHAT BRAND?

Si si, que marca? _____

- | | | | | |
|--|-------|------------|-------|-----------|
| 13. HAS YOUR CHILD EVER HAD FLUORIDE TREATMENTS OF ANY TYPE? | _____ | YES | _____ | NO |
| Su nino(a) a tenido algun tratamiento de fluoruro de cualquier tipo? | | SI | | NO |

IF YES, PLEASE SPECIFY:

Si si, especifica por favor: _____

I CERTIFY THAT THE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE:

Certifico que la informacion esta correto al mejor de mi conocimiento:

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN
La firma de pariente/guardian

DATE
Fecha

WHAT IS THE RELATIONSHIP OF THE PERSON SIGNING ABOVE TO THE CHILD? _____

Cual es la relacion de la persona que firma arriba al nino(a)?