

Date: _____

Patient's Name: _____

First Name _____ Last Name _____

Date of Birth: _____ Sex: M F

School: _____

Address: _____

City: _____ Zip Code: _____

Has the patient EVER had a history of any of the following?

HIV+ or AIDS _____	Yes	No
Tuberculosis _____	Yes	No
Hepatitis _____	Yes	No
Blood Transfusion _____	Yes	No
Cancer or Leukemia _____	Yes	No
Liver or Kidney or Thyroid Disease _____	Yes	No
Bone or Hip Replacement _____	Yes	No
Rheumatic Fever _____	Yes	No
Heart Murmur _____	Yes	No
Heart Problems _____	Yes	No
Congenital Heart Disease _____	Yes	No
Hemophilia or Bleeding Disorders _____	Yes	No
Lung Disease _____	Yes	No
Asthma _____	Yes	No
Anemia _____	Yes	No
Diabetes _____	Yes	No
Latex or nickel allergies _____	Yes	No
Epilepsy/Seizures _____	Yes	No
Other: _____		

Does the patient have toothache now? _____ Yes No

Has the patient ever been hospitalized or had any operations: _____ Yes No

If yes, what for: _____

Is the patient taking any MEDICATIONS? _____ Yes No

If yes, please list: _____

Does the patient have allergies to medications: _____ Yes No

If yes, please list: _____

Does the patient have any type of mental health problem?
 Yes No If yes, please list: _____

Chandler Children's Dental Clinic has student dentists; all student dentists are supervised by a licensed dentist. Chandler Children's Dental Clinic, in partnership with Dignity Health, provides preventive dental care. This does not take the place of a dental exam or complete care.

Consent
 I hereby give my consent for necessary dental work at the Chandler Children's Dental Clinic as determined by the dentist in charge.

Parent or legal guardian name: _____

Daytime phone number where parent or legal guardian can be reached if necessary: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Primer Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Escuela: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Ha tenido o tiene el paciente ALGUNA vez cualquiera de las siguientes?

VIH o SIDA _____	Si	No
Tuberculosis _____	Si	No
Hepatitis _____	Si	No
Transfusión de Sangre _____	Si	No
Cáncer o Leucemia _____	Si	No
Enfermedad del hígado o riñones o tiroides _____	Si	No
Reemplazo de hueso o cadera _____	Si	No
Fiebre reumática _____	Si	No
Rumor Cardíaco _____	Si	No
Problemas del corazón _____	Si	No
Problemas Congénitos del Corazón _____	Si	No
Hemofilia o hemorragias _____	Si	No
Enfermedad pulmonar _____	Si	No
Asma _____	Si	No
Anemia _____	Si	No
Diabetes _____	Si	No
Alergias a látex o níquel _____	Si	No
Epilepsia _____	Si	No
Otro: _____		

Tiene el niño dolor de dientes o de muela ahora? _____ Si No

Ha estado el niño hospitalizado o ha tenido alguna operación?: _____ Si No

Si la respuesta es si, por que?: _____

Esta el paciente tomando algún MEDICAMENTO? _____ Si No

Si la respuesta es si, cual?: _____

Tiene el paciente alergia a algún medicamento: _____ Si No

Si la respuesta es si, cual?: _____

Tiene el paciente algún problema de salud mental? _____ Si No

Si la respuesta es si, cual?: _____

La Clínica Dental para Niños de Chandler cuenta con estudiantes dentistas. Todos los estudiantes son supervisados por un dentista con licencia. La Clínica Dental para Niños de Chandler, en conjunto con Dignity Health, provee cuidado dental preventivo. Este servicio no toma el lugar de un examen y cuidado dental completo.

PERMISO PARA TRATAMIENTO DENTAL
 Yo autorizo a la Clínica Dental para Niños de Chandler a realizar cualquier tratamiento recomendado por el dentista de la clínica.

Nombre del padre o tutor legal: _____

Número de teléfono para comunicarse con el padre o tutor legal: _____