

Name/Nombre: _____ Date Of Birth: _____

Phone Number: _____ Address: _____

Medical History/Historia Medica

Medications currently taking/Que Medicamento Esta Tomando: _____

Regular Medical Care/Consulta De Doctor: _____

Last Medical Visit/La ultima consulta:(Why, When/Porque, Cuando) _____

Are you allergic to any medication/Allergia a algun medicamento: _____

PRE MED ALERT: 0Yes 0No

Have you ever had any of the following/Ha(s) tenido alguna de las siguientes condiciones?

Check if Yes/Marca si ha(s) tenido

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetis | <input type="checkbox"/> Hi-Low Blood Pressure/Alta-Bajo Presion |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox/varicela | <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Soplo En Corazon |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Heart Disease/Enfermedades del Corazon |
| <input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse/Proiapso de Valvula Mitral |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Heart Surgery/Operacion del Corazon |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Knee-Hip Replacement/Replazo de Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Cancer(What Kind/Where)/Cancer (Clase O Tipo Donde) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, or C | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding/Sangrado En Exceso |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Glasses or contacts/Usa Anteojos o Lentes |
| <input type="checkbox"/> Measles/Sarapion | <input type="checkbox"/> Vision Loss/Perdido de vision |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Paperas | <input type="checkbox"/> Hearing Loss/Perdido de audio |
| <input type="checkbox"/> HIV Positive/SIDA POS | <input type="checkbox"/> Sinus trouble/Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Tobacco use/Usa de tabaco | <input type="checkbox"/> Alcohol use/Usa de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Radiation-Chemo TX/Radiacion-Chemo TX | <input type="checkbox"/> Pregnant: Due Date _____/ |
| <input type="checkbox"/> Scarlet Fever/Fiebre escarlantina | Embarazada: Fecha _____ |

No to All/Marca aqui si no has tenido ninguno.

Disclosure of Medical Condition and Consent for Treatment

Condicion Medica y Consentimiento para tratamiento

To the best of my knowledge, all of the preceding answers and information provided are true and correct. If I ever have any change in my health, I will inform the doctors at the next appointment without fail. I consent to receive a dental examination, necessary x-rays, oral prophylaxis(cleaning), and any treatment as deemed necessary by my treating dentist. I authorize St. Paul Children's Foundation to release any medical or other information to process all insurance claims. I authorize payment of insurance benefits directly to SPCF.

Certifico que todas las respuestas procedentes y informacion proveida son verdaderas y correctas. Si alguna vez hay un cambio en mi salud, informare a los doctores en mi proxima visita sin falta. Consiento recibir una examinacion dental, radiografias necesarias, y cualquier profilxis oral(limpieza), y cualquier tratamiento segun lo juzge necesario el dentista que me va a tratar. Con la presente autorizo a St Paul Children's Foundation (SPCF) a dar informacion medica o otra informacion para procesar todos reclamos de seguro. Autorizo el pago de los beneficios de seguro directamente a SPCF.

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

I have read and understand the posted HIPPA/Privacy Notice. / E leido y comprendido las HIPPA/Privacy Notice.

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

I give permission for my child's photo to be taken and uses in a professional manner, such as, clinic ad promotions, inner office display, and St Paul Childrens Foundation Website./Yo doy permiso para que tomen la foto de mi nino y se usada en manera profesional Como para promocion de la clinica o para decoracion de la clinica.

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

How did you hear about St. Paul Children's Dental Clinic? _____
Como escucho de la St. Paul Children's Dental Clinic? _____