

MAINLAND DENTAL ASSOCIATES

DR. I. MENDELSON, DR. P. HUYNH, DR. CHENG PENG ZHANG, DR. B. PETTIGREW, DR. D. GEJER

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

921 Atlantic Avenue
Atlantic City, NJ 08401
(609) 345-1155

CHILD/TEENAGER PATIENT MEDICAL AND DENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE EL NINO/ADOLESCENTE 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