

Medical History Form



Please print in black ink and return to teacher or care provider

Child's Name: _____ Date of birth: __/__/____ Male Female
(mo. / day / year)

Grade: _____ Room #: _____ Teacher: _____

School: _____

Home Address: _____

City: _____ Zip: _____

Parent's Email: _____

YES, by completing this form I give permission for my child to participate in the preventive school based oral health program.

NO, I do not want my child to participate in this program. Please complete name and grade only.

General Information:

1. What language does your child speak best? _____ What language is spoken at home? _____

2. What is your child's race?

Caucasian/White Asian Black/African American Hispanic/Latino More than One Other _____

Health Information:

1. Does your child see a doctor for regular checkups? YES NO If yes, please name _____

2. Does your child see a dentist for regular checkups? YES NO If yes, please name _____ Date Last seen _____

3. Is your child taking any medication now? YES NO If yes, please list: _____

4. Has a dentist/doctor ever said your child needs antibiotics (penicillin) before dental treatment? YES NO

5. Please check any illnesses or conditions your child has EVER had:

ADD/ADHD Diabetes Hepatitis Rheumatic Fever Convulsions Anemia Epilepsy Heart

Murmur

Seizures Allergies to Medicine Asthma Heart Conditions Kidney/Liver Tuberculosis HIV/AIDS

6. Does your child have any other health conditions? YES NO If yes, please list: _____

7. Does your child have allergies? YES NO If yes, please check all that apply or explain: _____

Antibiotics Penicillin Colophonium Aspirin Latex Resin/Rosin Food/Other: _____

8. Does child have dental insurance? YES NO If yes complete below If no, would you like help getting it? YES NO

MassHealth Patient Information (only)

Child's Name on card: _____

Insurance Number (RID) – 12 digit # _____

I understand that J & S Smile Pros, may use this health information for treatment, payment, and health care operations. I have received Right to Privacy and Program information. I have read and understand the dental program and services that may be provided to my child and consent that my child participates in this program. I understand that these services do not substitute for an examination by a dentist. I understand that my child should obtain an examination by a dentist within 90 days. I understand that my child may continue to obtain dental care through any other provider. I authorize the dental program to provide a written summary of services provided to a designated school official and to forward any referrals to my child's dentist of record when applicable. I understand that the program will provide a list of dentists in my area and will assist in finding a dentist if needed. If I have dental insurance, I authorize my insurance carrier to be billed for services provided. I understand that this treatment may affect future rights and benefits.

X _____ Date ____/____/____ Relation to Child: _____

Parent/guardian signature

Print name: _____

Day Tel# _____ Mobile# _____

Formulario de historial médico



Escriba en letra de imprenta en tinta negra y devuélvase al maestro o proveedor de atención

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____ Masculino Femenino
(mes / día / año)

Grado: _____ Cuarto #: _____ Maestro: _____

Escuela: _____

Dirección de casa: _____

City: _____ Código postal: _____

Correo Electrónico de los padres: _____

SÍ, al completar este formulario, doy permiso para que mi hijo participe en el programa preventivo de salud oral basado en la escuela

NO, no quiero que mi hijo participe en este programa. Por favor complete solo el nombre y el grado.

Información general:

- ¿Qué idioma habla mejor su hijo? _____ ¿Qué idioma se habla en casa? _____
- ¿Cuál es la raza de su hijo? Caucásico/Blanco Asiático Negro/Afroamericano Hispano/Latino Más de uno Otro _____

Información de salud:

- ¿Ve su hijo a un médico para chequeos regulares? SÍ NO: En caso afirmativo, nombre _____
 - ¿Ve su hijo a un dentista para chequeos regulares? SÍ NO: En caso afirmativo, nombre _____ Fecha de la última vez que lo vio: _____
 - ¿Está tomando su hijo algún medicamento ahora? SÍ NO: En caso afirmativo, enumere: _____
 - ¿Alguna vez un dentista/médico dijo que su hijo necesita antibióticos (penicilina) antes del tratamiento dental? SÍ NO
5. **Marque cualquier enfermedad o condición que su hijo haya tenido ALGUNA VEZ:**

ADD/ADHD Diabetes Hepatitis Fiebre reumática Convulsiones Anemia Epilepsia Soplo cardíaco

Convulsiones Alergias a medicamentos Asma Condiciones del corazón Riñón/Hígado Tuberculosis VIH/SIDA

- ¿Tiene su hijo alguna otra condición de salud? SÍ NO: En caso afirmativo, enumere: _____
- ¿Su hijo tiene alergias? SÍ NO: En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda o explique: _____
 Antibióticos Penicilina Colofonio Aspirina Látex Resina/Colofonia Comida/Otro: _____
- ¿Tiene el niño seguro dental? SÍ NO: Si la respuesta es sí, completar abajo. Si la respuesta es no, ¿le gustaría recibir ayuda? SÍ NO

Información del paciente de MassHealth (solo):

Nombre del niño en la tarjeta: _____

Número de seguro – 12 dígitos # _____

Entiendo que J & S Smile Pros, puede usar esta información de salud para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. He recibido el derecho a la privacidad y la información del programa. He leído y entiendo el programa dental y los servicios que se le pueden proporcionar a mi hijo y doy mi consentimiento para que mi hijo participe en este programa. Entiendo que estos servicios no reemplazan un examen por un dentista. Entiendo que mi hijo debe ser examinado por un dentista dentro de los 90 días. Entiendo que mi hijo puede continuar recibiendo atención dental a través de cualquier otro proveedor. Autorizo al programa dental a proporcionar un resumen escrito de los servicios prestados a un funcionario escolar designado y a enviar cualquier derivación al dentista registrado de mi hijo cuando corresponda. Entiendo que el programa proporcionará una lista de dentistas en mi área y ayudará a encontrar un dentista si es necesario. Si tengo seguro dental, autorizo a mi compañía de seguros a que se le facture por los servicios prestados. Entiendo que este tratamiento puede afectar los derechos y beneficios futuros.

X _____ Fecha _____/_____/_____ Relación con el niño: _____

Firma del padre/tutor (mes/día/año)

Escriba el nombre: _____ Tel del día# _____ Mobile# _____

