

	Yes	No
Was your child nursed or bottle fed beyond one year of age?	☐	☐
If yes, how long?		
Does your child have a toothache or other immediate dental problem?	☐	☐
Has your child ever had a toothache?	☐	☐
Has your child ever had any injury to the mouth, teeth, jaw (fall, blow, etc.)?	☐	☐
Has your child had a history of Temporomandibular Joint Disorder?	☐	☐
Date of last dental visit and radiographs	☐	☐
Dentist		
Has your child had any history of thumbsucking, lip biting, nail biting, grinding or any other dental related habits?	☐	☐
Has your child ever had an unfavorable dental experience?	☐	☐
Describe your child's temperment/personality.		
Related comments:		
How often does your child brush? _____ times per _____		
Does your child use dental floss?	☐	☐
Does someone:		
Assist your child with brushing and cleaning the teeth?	☐	☐
Inspect for thoroughness following the procedure?	☐	☐
Does your child use a fluoride toothpaste?	☐	☐
Has your child ever had a fluoride treatment?	☐	☐
Has your child ever taken a fluoride supplement or vitamins with fluoride?	☐	☐
Drinking water source:		
City water supply _____ Name of city _____		
Private well or other than city _____ Has a fluoride analysis been done?	☐	☐
Date of analysis _____ Fluoride content _____		
List brothers and sisters names and ages:		

What is the child's favorite toy, television show, pet, etc.?		
Nearest relative not living with you		
Address _____ Phone _____		
IN CASE OF EMERGENCY CALL: _____ Phone _____		

DOCTOR NOTES

DENTAL HISTORY

PLEASE PRINT

Date _____

Child's Name _____ Nickname _____ Review Due _____

Place of Birth _____ Age _____ Birthdate _____ Race _____ Sex _____ Weight _____ Height _____

Child's M.D./Pediatrician _____ Last Exam Date _____

M.D. Address _____ Phone _____

	YES	NO
Is your child in good general health at this time?	☐	☐
Any learning, behavioral, or communication problems?	☐	☐
Any history of mental or physical developmental delays?	☐	☐
Any history of congenital birth defects?	☐	☐
Any history of cerebral palsy, seizures, convulsions, fainting?	☐	☐
Any history of injury to the head, loss of consciousness or recurring headaches?	☐	☐
Any sensory problems (seeing, hearing, feeling, tasting, smelling)?	☐	☐
Any history of heart disease, rheumatic fever, murmurs, high/low blood pressure?	☐	☐
Any history of anemia, excessive bleeding from surgery, slow wound healing, nose bleeds, other blood disorders or transfusions? (Date _____) ..	☐	☐
Any history of sickle cell disease or trait?	☐	☐
Any history of asthma, wheezing, shortness of breath or difficulty breathing? ..	☐	☐
Any history of upper respiratory infections, pneumonia, or lung disease?	☐	☐
Any history of stomach, intestinal or liver problems?	☐	☐
Any history of hepatitis or jaundice?	☐	☐
Any chronic diarrhea or food intolerance?	☐	☐
Any history of bed wetting, urinary tract, bladder, or kidney infections?	☐	☐
Any history of diabetes, thyroid or endocrine disorders?	☐	☐
Has patient taken any steroids (prednisone) in the past year?	☐	☐
Any reaction to general anesthesia in the patient's family?	☐	☐
Any history of skin rashes or growths?	☐	☐
Any history of frequent infections?	☐	☐
Any history of cancer or tumors?	☐	☐
Is your child currently taking any medications?	☐	☐
If yes, Medication: _____ Dosage _____ Times per day _____	☐	☐
Does your child have any allergies? What? _____	☐	☐
Has your child ever received radiation therapy (x-ray treatments)?	☐	☐
Has your child been hospitalized for illness, diagnostic tests, surgeries, or significant injuries?	☐	☐
Hospital: _____ Date _____ Reason _____		
Is your child presently protected by immunization against Diphtheria, Whooping Cough, Tetanus, Polio, Measles, and Rubella?	☐	☐
Has your child ever had Chicken Pox?	☐	☐
Is your child pregnant? _____ Due date _____		
Please use back of form for any additional helpful information regarding this child:		

MEDICAL HISTORY

*This MUST be signed and dated by the patient unless a minor, or patient has legal guardian; then parent or legal guardian must sign and date. Your signature indicates that the information is current and accurate.

UPDATED PATIENT INFORMATION AND ASSIGNMENT:

Signature

Date

UPDATED PATIENT INFORMATION AND ASSIGNMENT:

Signature

Date

UPDATED PATIENT INFORMATION AND ASSIGNMENT:

Signature

Date

Reason/Chief Complaint _____

Referral _____ Emergency Contact _____ Phone # _____

Patient _____ Age _____ DOB _____ M _____ F _____ Race _____

Home Address _____ Phone # _____

City _____ State _____ Zip _____

Mother's/Guardian's Name _____ SS# _____ DOB _____

Home Address _____ City _____ State _____

Zip _____ Home Phone _____ Occupation _____

Employer _____ Business Address _____

Office Phone _____ Cell Phone _____ Email _____

Father's/Guardian's Name _____ SS# _____ DOB _____

Home Address _____ City _____ State _____

Zip _____ Home Phone _____ Occupation _____

Employer _____ Business Address _____

Office Phone _____ Cell Phone _____ Email _____

PLEASE CIRCLE PAYMENT PLAN FOR CURRENT SERVICE:

(1) **CASH** (2) **CHECK** (3) **DEBIT CARD** (4) Credit Card: **AMERICAN EXPRESS CARECREDIT**
DISCOVER MASTERCARD VISA

5) **INSURANCE:** Company _____ Member ID _____ Expiration Date _____
Phone Number _____

PATIENTS WITH DENTAL INSURANCE: An estimated fee will be collected at the time of visit. We will be glad to assist you in obtaining your total benefits. If your insurance benefits are assigned to this office, you are fully responsible for any unpaid balances. Any outstanding insurance accounts of 45 days will be considered due in full and charged to the patient.

ALL PATIENTS: Are expected to pay for dental services at the time they are rendered. We accept CASH, CHECK, DEBIT CARDS, AMERICAN EXPRESS, CARECREDIT, DISCOVER, MASTERCARD, VISA, and INSURANCE as forms of payment A fee of \$27.50 will be assessed for any checks returned. A fee of \$50.00 will be assessed to patients who miss or cancel appointments without giving 24 hour notice. Additional payment arrangements may be discussed upon request.

I acknowledge the above and furthermore agree that, in the event this account, or any part of it remains unpaid for forty five (45) days, I will owe 1.50% service charge per month or 18.00% per annum thereafter on the unpaid balance. In the case of default or failure to pay the fees herein agreed to, the undersigned further agrees to pay all the expenses incurred in collection procedures including reasonable attorney fees, court costs and any other cost of collection. I hereby give my consent to Weddell Pediatric Dentistry to provide

_____ with all necessary routine dental care.
(PATIENT)

_____ (PARENT OR GUARDIAN) _____ (DATE)

_____ (WITNESS) _____ (DATE)

Welcome to Our Practice

Listed below you will find valuable information about our office policies.

1. All patients are expected to keep their scheduled dental appointments. **Any cancellation** of an appointment must be made **24 hours prior** to the appointment time. A combination of 2 failed and/or canceled appointments will result in the inactivation of the patient.
2. **Legal guardian** must be **present** for all appointments unless prior arrangements have been made.
3. **No cell phones** in the treatment area.
4. **No eating or drinking** is allowed in our reception area.
5. For your safety and for the safety of our staff members, Parents/Guardians are only allowed in the treatment room for initial exams and recalls. **Please remain in the reception area** until all treatments are completed and your child has been released. If you would like to come back for operative treatment, please discuss with the Dentist.

I have read the above information and understand the policies.

Date _____

Patient name _____

Signature _____

Witness _____

WEDDELL PEDIATRIC DENTISTRY

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

You May Refuse to Sign This Acknowledgement

I, _____, have received a copy of this office's
Notice of Privacy Practices.

Signature

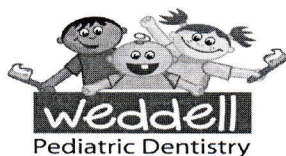
Date

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of
Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- ☐ Other (Please Specify)

Scanned By: _____
Date: _____
Initials: _____



Phone: (317) 924-5359
Fax: (317) 920-4391
www.weddellpediatricdentistry.com

3737 North Meridian Street
Suite 100
Indianapolis, IN 46208

Antecedentes Médico-Dentales

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Grupo étnico _____ Altura _____ Peso _____
Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Fecha del último examen de pediatra _____
Nombre del pediatra de niño (a) _____
Numero de teléfono del pediatra _____
Dirección del pediatra _____

Crecimiento Y Desarrollo

Algun problema de aprendizaje, comportamientos, excesiva nerviosismo o comunicación? Si _____ No _____
El niño (a) ha recibido consejería psicológica, o ha considerado que la reciba en el futuro? Si _____ No _____
Hubo complicaciones durante el embarazo o era niño (a) prematuro al nacer? Si _____ No _____

Sistema Nervioso Central

Cualquier historia de parálisis cerebral, convulsiones, epilepsias, desmayos o pérdida de conciencia? Si _____ No _____
Cualquier historia de lesiones en la cabeza? Si _____ No _____
Cualquier trastorno sensorial? (Ver o escuchar) Si _____ No _____

Sistema Cardiovascular

Cualquier historia de enfermedad cardíaca congénita, soplo cardíaco o daño al corazón de fiebre reumática? Si _____ No _____
Tiene cualquier cirugía de corazón o se le ha hecho una recomendación? Si _____ No _____
Cualquier historia de dolores en el pecho o presión arterial alta? Si _____ No _____

Homatopoyesis y Sistemas Linfáticos

Ha tenido su hijo (a) una transfusión de sangre o transfusión de productos? Si _____ No _____
Cualquier historia de anemia o de células falciformes? Si _____ No _____
Su hijo (a) presente hematomas fácilmente, tiene hemorragias nasales frecuentes o sangrar excesivamente de incisiones pequeñas? Si _____ No _____
Es su hijo (a) más susceptibles a infecciones que otros niños? Si _____ No _____
Hay alguna histoy de ternura o inflamación de los ganglios linfáticos o glándulas? Si _____ No _____

Aparato Respiratorio

Cualquier historia de neumonía, fibrosis quística, asma, falta de aliento, o dificultad para respirar? Si _____ No _____

Aparato Digestivo

Cualquier historia con el estómago, intestinales o problemas de hígado? Si _____ No _____
Cualquier historia de hepatitis o ictericia? Si _____ No _____
Cualquier historia de desórdenes alimenticios, como nervosa de anorexia o bulimia (purga de jarana)? Si _____ No _____
Cualquier historia de pérdida de peso involuntaria? Si _____ No _____

Sistema Endocrino

Cualquier historia de diabetes? Si _____ No _____
Cualquier historia de desórdenes de tiroides o otros desórdenes glandulares? Si _____ No _____

Piel

Cualquier historia de problemas con la piel? Si _____ No _____

Cualquier historia de llaga labial (herpes) o aftas (Aftosis oral)? Si _____ No _____

Extremidades

Cualquier limitaciones de uso de brazos o piernas? Si _____ No _____

Cualquier artritis, sangrado en la coyuntura, reemplazo de la coyuntura o otros problemas conjuntos? Si _____ No _____

Cualquier problema con la debilidad de músculo o distrofia muscular? Si _____ No _____

Alergias

Su hijo (a) es alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____

Cualquier fiebre del heno, las colmenas, o erupciones en la piel causadas por alergias? Si _____ No _____

Cualquier otros alergias? Si _____ No _____

Medicamentos y Tratamientos

Su hijo está actualmente tomando algún medicamento (medicamentos recetados o no recetados)?

En caso afirmativo, medicamento (s)	Dosis (mg)	Veces por día
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si su hijo nunca ha recibido terapia (tratamientos de rayos x) o está previsto? Si _____ No _____

Si su hijo nunca ha recibido quimioterapia o está previsto? Si _____ No _____

Hospitalizaciones / Hospitalizations

Ha sido hospitalizado su hijo (a)? Si _____ No _____

Hospital (1) _____ (2) _____ (3) _____

Fecha _____

Razón _____

Vacunas

Su hijo (a) está protegido en este momento con vacunas actualizadas? Si _____ No _____

DTaP/DTP/DT/Td: La difteria, la tos ferina (pertussis), tetanus? Si _____ No _____

IPV: La vacuna contra poliovirus inactivos o poliomieltis? Si _____ No _____

MMR: La vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola? Si _____ No _____

PCV: La vacuna contra la enfermedad neumococica ? Si _____ No _____

Hep B: La vacuna para la Hepatitis B? Si _____ No _____

Varicella: La vacuna contra la varicela o historia de varicela? Si _____ No _____

Favor de verifca alguna de las enfermedades que su hijo (a) tiene ahora, recientemente ha estado expuesto o tenido en el pasado

Varicela Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Infección de ojo (conjuntivitis) Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

El sarampión alemán (rubéola) o el sarampión de 3 días Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

La fiebre glandular o mono (mononucleosis infecciosa) Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

VIH/Sida Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Exposición al plomo Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Sarampión Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Paperas (parotitis) Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Fiebre escarlata Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Dolor de garganta (tonsilitis o faringitis) Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Abuso de sustancias, alcoholism o adicción a las drogas Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Tuberculosis Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Infección respiratoria superior (URI) o resfriado común (rinitis o sinusitis) Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Enfermedades venéreas (herpes genital, gonorrea, sífilis o otro) Ahora _____ Expuesto _____ Pasado _____

Antecedentes Médico-Dentales

Su hijo (a) tiene un dolor de muelas u otro problema dental inmediata? Si _____ No _____

Su hijo (a) nunca ha tenido un dolor de muelas? Si _____ No _____

Tiene su hijo (a) cualquier lesión en la boca, dientes o mandíbulas (caída, golpe, etc.)? Cuando? Si _____ No _____

Esta es la primera visita de su hijo (a)? Si _____ No _____

* Si no, por favor díganos cuando? Si _____ No _____

Fecha de la primera visita _____ Dentista _____ Razon _____

Su hijo (a) nunca ha tenido una experiencia dental desfavorable? Si _____ No _____

Es o fue su hijo (a) alimentado por lactar más allá de un año de edad? Si _____ No _____

Por favor díganos cómo fue atendido su hijo (a)? _____ Pecho _____ Biberón _____ Ambos _____ Hasta que edad? _____

Su hijo (a) deja de consumir una dieta equilibrada? Si _____ No _____

Por favor describir la dieta de su hijo (a) en un día típico? _____

Su hijo (a) tiene/tenía un hábito de chupar más allá de un año de edad. Si _____ No _____

* En caso si, por favor marque todas las que apliquen: _____Pulgar _____Dedo _____Chupón _____ Otro

Su hijo (a) tiene/tenía cualquier otro hábito oral más allá de un año de edad? "En caso Si" Si _____ No _____

*Favor de marque todas las que apliquen: _____Morder de labios _____Respirar por la boca _____Morder las uñas _____Rechinar de dientes _____Otro

Su hijo (a) tiene/tenía dificultades para abrir su boca o sus mandíbulas permanece/cebran en una cierta posición? Si _____ No _____

Su hijo (a) tiene/tenía un sonido/truenido que hacen ruidos (clic) o dolor durante la masticación o bostezar? Si _____ No _____

Su hijo (a) tiene/tenía frecuentes dolores de cabeza o dolor en o sobre las orejas, los ojos o las mejillas? Si _____ No _____

Prevención de Enfermedades Dentales

Con qué frecuencia su hijo (a) cepillo su dientes? Veces por día: _____

Alguien ayuda su hijo (a) con cepillado y la limpieza de los dientes? Quién le ayuda? _____ Si _____ No _____

Alguien inspecciona profundamente después del procedimiento? Quién lo hace? _____ Si _____ No _____

Su hijo (a) utiliza un pasta con fluoruro? Qué marca? _____ Si _____ No _____

Su hijo (a) utiliza hilo dental? Qué tan seguido? _____ Si _____ No _____

Su hijo (a) nunca ha tenido un tratamiento de fluoruro? Cuándo? _____ Si _____ No _____

Ha tomado su hijo (a) suplemento de fluoruro o vitaminas con fluoruro? Cuándo? _____ Si _____ No _____

Tipo de Agua Que Bebe / Type of Water You Drink

Agua de Ciudad Nombre de la ciudad: _____ Si _____ No _____

Pazo de Agua Privado Si _____ No _____

Se ha hecho un análisis de fluoruro? Si _____ No _____

Fecha de análisis: _____ Comentario de fluoruro: _____

Firma de Padre o Tutor Legal Solamente

Fecha

Firma de Padre o Tutor Legal Solamente

Fecha

Dentista Pediatra: Recomendaciones para Consultas Medicas? Si _____ No _____ Propósito de la Consulta: _____

Comentarios: _____

Fecha que se pidio: _____

Revision Semi-Annual de la historia medica/dental: Si historia permanece esencialmente sin cambios, firmar a continuación.

Fecha _____ Padre o Tutor _____ Dentista _____

Fecha _____ Padre o Tutor _____ Dentista _____

Fecha _____ Padre o Tutor _____ Dentista _____

Una nueva forma de la historia debe ser completado cada año para la historia positiva o cada dos años para esencialmente negativo