

**GUILFORD COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES – PUBLIC HEALTH  
DENTAL CHART-CHILD**

Identification No \_\_\_\_\_ Certification Date \_\_\_\_\_

Medicaid No \_\_\_\_\_ H Choice No \_\_\_\_\_ Other Insur \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
**Nombre** Last /Apellido First/Primer Nombre /Segundo Nombre Date of Birth/ Fecha de Nacimiento Sex/Sexo Race/Raza

Guardian \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
**Dirección** **Código Postal**

Relationship \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_ Alternate Tel \_\_\_\_\_  
**Relación** **Teléfono** **Otro Teléfono**

**Medical History Review - Reviso Del Historial Medico**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
 Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Has your child had any of the following? ¿Su niño ha tenido alguna de las siguientes?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | ADD/ADHD – Déficit de Atención /Hiperactividad             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | HIV/AIDS – VIH/SIDA                      |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | High Blood Pressure-Alta Presión Sanguínea                 | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Hepatitis                                |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Diabetes                                 |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Jaundice-Ictericia   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Seizures-Ataques                         |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Asthma-Asma  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Fainting-Desmayos                        |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Bleeding Problems-Problemas de Sangrado                    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Skin Disease-Enfermedad de la Piel       |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Hearing Disorders-Problemas del Oído                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Kidney Disease-Enfermedad de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Birth Defects-Defectos de Nacimiento                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Latex Allergies-Alergias de Látex        |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Breathing Problems- Problemas para Respirar                | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Rheumatic Fever- La Fiebre Reumática     |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Speech Disorder-Problemas con el Habla                     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Cerebral Palsy-Parálisis Cerebral        |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Heart Disease-Enfermedad Cardíaca                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Heart Murmur- Soplo en el Corazón        |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Sickle Cell Disease- Enfermedad de las Células Falciformes |   |  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Sickle Cell Trait- Rasgo de las Células Falciformes        |   |  |

Does your child take medications of any kind? If yes, list and give reason for taking/ ¿Su niño toma medicinas de cualquier tipo? En caso que si, listar y dar la razón porque las tomas.

Does your child have any allergies? If so, allergic to medications, environmental and/or food? / ¿Si es así, alérgico a las medicinas, el medio ambiente y/o la comida?

Does your child have any developmental delays? / ¿Su niño tiene algún retrasos en el desarrollo?

Has your child ever been admitted to the hospital? If yes, how many times and why? / ¿Su niño ha estado ingresado alguna vez en el hospital? En caso que si, ¿Cuántas veces? ¿Por qué?

Has your child had any surgeries? If yes, how many and what were the surgeries for? / ¿Su niño ha tenido alguna cirugía? En caso que si, ¿Cuántas y para que fueron las cirugías?

Is your child up-to-date on their immunizations? / ¿Su niño está al día con sus vacunas? \_\_\_\_\_

Has your child been diagnosed with any sexually transmitted diseases? / ¿Su niño ha sido diagnosticado con alguna enfermedades transmitida sexualmente? \_\_\_\_\_

Is your child pregnant? / ¿Su niña está embarazada? \_\_\_\_\_ How many weeks? / ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

Does your child have any other medical issues? / ¿Su niño tiene cualquier otro asunto médicos?

**GUILFORD COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES – PUBLIC HEALTH  
DENTAL CHART-CHILD**

Continued/Continuo

**Patient Name/Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Date of Birth/Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios

---

**Medical History Review - Revisión de Historia Clínica**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original

No Changes/No hay cambios