

Maritza Morell, D.M.D., M.S., M.P.H
Meletia Laskou, D.M.D

One Elm Square, Suite 1D
Andover, MA 01810
978 296-4964



100 Amesbury Street
Lawrence, MA 01840
978 682-3342

PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

Child's Name _____ Nickname _____ Sex _____
Nombre del niño(a) _____ Apodo _____ Sexo _____

Age _____ Birth date _____ Interests/Hobbies/Pets _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Intereses/Pasatiempos/Mascotas _____

Mailing Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Home Telephone _____ Cell Phone _____ E-mail _____
Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Parent's Name _____ Birth date _____ Occupation _____ Work Phone _____
Padre/Madre de familia _____ Dia de Nacimiento _____ Ocupación _____ Teléfono del trabajo _____
Relationship/ Relación _____

Parent's Name _____ Birth date _____ Occupation _____ Work Phone _____
Padre/Madre de familia _____ Dia de Nacimiento _____ Ocupación _____ Teléfono del trabajo _____
Relationship/ Relación _____

Parent's Address (if different from above) _____
Dirección del padre/madre (si es diferente) _____

What is the parent's primary language? _____ The child's? _____
Cual es el idioma primario de los padres _____ Del niño(a)? _____

Names and ages of brothers and sisters: _____ Date of adoption, if applicable _____
Nombres y edades de los hermanos (as) _____ Fecha de adopción, si es aplicable _____

How did you hear about our office? _____
Donde escuchó de nuestra oficina? _____

Emergency contact person (other than parents) _____ Relationship _____ Phone: _____
Contacto de emergencia (diferente a los padres) _____ Relación _____ Teléfono _____

HEALTH PROVIDER INFORMATION / INFORMACION DEL PROVEEDOR DE SALUD

Has your child been seen by a physician during the past 12 months? Yes No
Su niño(a) a sido visto por un doctor en los últimos 12 meses? Si No

Is your child under the care of, or being treated by a physician now? Yes No Why? _____
Su niño(a) está bajo el cuidado, o siendo tratado ahora por un doctor? Si No Porqué? _____

Child's physician/pediatrician _____ Phone _____
Pediatra / doctor del niño(a) _____ Número de Teléfono _____

Mailing Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Child's previous dentist _____ Phone _____
Dentista anterior _____ Número de Teléfono _____

Mailing Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

INSURANCE/FINANCIAL INFORMATION / SEGURO / INFORMACION FINANCIARA

Person financially responsible for this account _____
Persona responsable financieramente de esta cuenta _____

Mailing Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Is the child covered by dental insurance: Yes No Name of insurance _____
Tiene el niño(a) cobertura dental: Si No Nombre del seguro _____

Name of insured person _____ D.O.B insured _____ Social Security/Group # _____
Nombre de la persona asegurada _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro Social/ Grupo # _____

Employer _____ Ins. co. address _____
Empleador _____ Dirección del seguro _____

Additional insurance plans? Yes No
Plan adicional de seguro? Si No

Name of insured person _____ D.O.B insured _____ Social Security/Group # _____
Nombre de la persona asegurada _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro Social/ Grupo # _____

Employer _____ Ins. co. address _____
Empleador _____ Dirección del seguro _____

MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA

1. Were there any difficulties during the pregnancy, delivery (e.g., prematurity) or the first year of your child's life? Yes No
1. Alguna dificultad durante el embarazo, parto (p.e. prematuro) o en el primer año de vida de su niño(a) Si No

2. Allergies: Has your child had any allergic reactions to:
2. Alergias: Su niño ha tenido reacciones alérgicas a:

Medications or drugs _____ Latex _____ Foods/other _____
Medicamentos o drogas _____ Latex _____ Comidas/otras _____

3. Medications: Is your child currently taking any medications? Yes No
3. Medicamentos: Su niño(a) esta tomando algún medicamento en el momento? Si No

If so, how much and how often: _____
Si es así, cuanto y con qué frecuencia: _____

4. Developmental/Special needs: Can your child talk and understand at his/her age level? Yes No
4. Problemas de desarrollo/Cuidados especiales: Puede hablar y entender a su nivel de edad? Si No

5. Immunizations: Are your child's immunizations current? Yes No
5. Vacunas: Está su niño(a) , al corriente con sus vacunas? Si No

6. Have you been told your child needs antibiotics before dental treatment? Yes No
6. Le han dicho que su niño(a) necesita antibióticos antes del tratamiento dental? Si No

7. Hospitalizations: Has your child ever been hospitalized? Yes No When, where and why _____
7. Hospitalizaciones: Ha sido su niño(a) hospitalizado alguna vez? Si No Cuando, donde, porqué _____

8. Surgeries: Has your child ever had surgery (operations)? Yes No Date/age _____ Reason _____
Was general anesthesia used? _____ Were there any complications? Yes No

8. Cirugias: Su niño(a) ha tenido alguna cirugía(operación)? Si No Fecha/edad? _____ Razón _____
Usaron anestesia general? _____ Hubo alguna complicación? Si No

9. Medical conditions: Does your child have any history of the following? (check all that apply)
 9. Condiciones médicas: Su niño(a) tiene historia de alguno de los siguientes? (chequee todos los que son aplicables)

<p>General conditions / General</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Gastrointestinal disorders Desórdenes gastrointestinales</p> <p><input type="checkbox"/> Heart disease Problemas del Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Heart murmur Soplo</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney disease Problema de riñón</p> <p><input type="checkbox"/> Hearing loss: Type _____ Problemas de oído: Tipo _____</p> <p>Hematological/Blood related Hematología/de la Sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Bleeding (prolonged) Sangrado</p> <p><input type="checkbox"/> Hemophilia Hemofilia</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle cell disease Enfermedad de células falciformes</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle cell trait Rasgo de enfermedad de células falciformes</p> <p><input type="checkbox"/> Transfusion of blood Transfusiones</p> <p>Infectious: Infecciosos</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> HIV infection (AIDS) SIDA Infección HIV (AIDS) SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> Snoring Ronquido</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis Tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> Venereal disease Enfermedad venérea Tipo _____</p>	<p>Developmental / Desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Brain injury Trauma cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Cerebral palsy Parálisis cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Cleft lip/palate Labio/Paladar fisurado</p> <p><input type="checkbox"/> Developmental delay Retraso del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Feeding/eating problems Problemas alimenticios</p> <p><input type="checkbox"/> Growth problems Problemas de crecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Neuromuscular defect Defecto neuromuscular</p> <p><input type="checkbox"/> Orthopedic problems Problemas ortopédicos</p> <p><input type="checkbox"/> Seizures: Type _____ Convulsiones: Tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Speech problems Problemas del habla</p> <p><input type="checkbox"/> Spina bifida Espina bífida</p> <p>Other: Otros</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer: Type _____ Cancer :Tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Leukemia: Type _____ Leucemia: Tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fainting/headaches Desmayo/Dolores de cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Sleep apnea Apnea del sueño</p> <p><input type="checkbox"/> Syndrome: Type _____ Síndrome: Tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Anorexia/bulimia Anorexia/bulimia</p> <p><input type="checkbox"/> Other: Otros:</p>	<p>Behavior-learning/Comportamiento</p> <p><input type="checkbox"/> ADHD Deficiencia de atención hiperactividad</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiousness/nervousness Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Autism Autismo</p> <p><input type="checkbox"/> Behavior issues/type _____ Problemas de comportamiento/tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Learning disability Problemas de aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Rheumatic fever Fiebre reumática</p> <p>Substance use/abuse: Abuso de sustancia</p> <p><input type="checkbox"/> Sexual abuse Abuso sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Drug use Uso de drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Tobacco use Uso de tabaco</p> <p><input type="checkbox"/> Physical abuse Abuso físico</p> <p>If any boxes checked, please describe further: _____ _____</p> <p>Si chequeo alguna de las respuestas favor describa en detalle : _____ _____</p>
--	---	--

DENTAL HISTORY / HISTORIA DENTAL

10. Why is your child here today? _____ Date of last dental visit _____
 10. Razón de la visita de hoy? _____ Fecha de la última visita dental _____

11. Have x-rays been taken? Yes No If so, when _____
 11. Tomaron alguna radiografía? Si No Si es así, cuando _____

12. How did your child react to any dental treatment _____ Any local anesthetic used? Yes No
 12. Cómo reaccionó su niño(a) al tratamiento dental _____ Usaron anestesia local? Si No

13. Does your child take fluoride supplements in any form? _____ Brush his/her own teeth _____
 13. Su niño(a) toma suplementos de fluoruro? _____ Se cepilla sus propios dientes _____

14. Trauma: Have your child's teeth ever been injured? Yes No When/why _____
 14. Trauma: Su niño(a) se ha lastimado sus dientes? Si No Cuando/como _____

15. Habits: Does your child have any of the following habits? (indicate inclusive ages)
 15. Hábitos: Su niño(a) tiene alguno de estos hábitos (indicarlo, incluyendo edad)

Bottle to sleep or nap (containing) _____ Thumb/finger sucking _____
 Biberón a la hora de dormir (contenido) _____ Chuparse el dedo (s) _____

Pacifier _____ Mouth breathing _____ Grinding of teeth _____
 Chupo (bobo) _____ Respira por la boca _____ Rechinar de dientes _____

The signature of a parent or guardian below authorizes the completion of all agreed upon necessary dental services
La firma de un padre o tutor a continuación autoriza la realización de todos los servicios dentales necesarios acordados

Signature: _____ **Relationship** _____ **Date** _____
Firma: _____ **Parentesco** _____ **Fecha** _____

Dentist Signature: _____ **Date** _____