



Theresa Pham, DDS

PEDIATRIC HEALTH HISTORY FOR DR. THERESA PHAM

Patient's Name: _____ Sex: M/F DOB: _____

Address: _____

City: _____ Zip: _____

Height: _____ Weight: _____

Parent Phone #: _____ (Cell)
_____ (Home/Alternate)

Email: _____

Name of Primary Doctor/City: _____

Please indicate the presence of history of the following conditions:

Asthma	NO	YES	Autism	NO	YES
Cerebral Palsy	NO	YES	Development Delayed	NO	YES
Heart murmurs	NO	YES	Seizures/Epilepsy	NO	YES

Any other medical issues? _____

Recent cold or flu? NO YES
Please describe: _____

Allergies: _____

Current Medications: _____

Prior Surgeries (Give Dates): _____

Signature _____ **Date:** _____

Circle One: Patient/Parent/Guardian

[For Dr. Pham only: Reviewed/Date _____]



Theresa Pham, DDS

HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA

Nombre del paciente: _____ sexo: M/F

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Altura: _____

Peso: _____

Padres teléfono #: _____ (celular)

_____ (Página de inicio/suplente)

Correo electrónico: _____

Nombre de ciudad de médico primaria: _____

Indicar la presencia de la historia de las siguientes condiciones:

Asma si NO

Parálisis cerebral si NO

Corazón murmura si NO

autismo sí NO

retrasado de desarrollo sí NO

convulsiones, epilepsia si NO

¿Cualquier otra cuestión médica? _____

¿Reciente o resfriado? NO SÍ

Por favor describa: _____

Alergias: _____

Medicamentos actuales:

Cirugías previas (dar fechas): _____

Firma: _____

fecha: _____

Círculo uno: Paciente/padre/tutor

[Para el Dr. Pham solo: revisó/Date _____]