

# Bienvenido

El pariente que acompaña el (la) niño (a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado por otro convenio.

## Información de el (la) Niño (a) (child's information) 23

Nombre \_\_\_\_\_  
(Name) apellido (last) nombre (first) inicial (initial)

Apodo \_\_\_\_\_  Niño  Niña  
(Nickname) (boy) (girl)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
(Date of birth) (Age)

Tel. Casa # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Home number)

SS # \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_  
APT. # \_\_\_\_\_

Ciudad (City) Estado (State) Postal (Zip)

## 2. Persona Responsable por la Cuenta (person responsible for bill)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Address)

Ciudad (City) Estado (State) Postal (Zip)

Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_  
(Home #) (Work #)

## 3. Información de la Madre madrastra tutor (Mother's information) (step mother) (guardian)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Name) (Date of birth)

Trabajo # (\_\_\_\_) Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_  
(Work #) (Home #)

Patrona \_\_\_\_\_  
(Employer)

SS # \_\_\_\_\_ DL # \_\_\_\_\_

## 4. Información del Padre padrastro tutor (Father's information) (step father) (guardian)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Name) (Date of birth)

Trabajo # (\_\_\_\_) Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_  
(Work #) (Home #)

Patron \_\_\_\_\_  
(Employer)

SS # \_\_\_\_\_ DL # \_\_\_\_\_

Estado civil de sus padres  soltero (single)  viudo (widowed)  
 casado (married)  divorciado (divorced)  
 separado (separated)

## Quien Acompaña el (la) niño (a)?

(Who is accompanying the child today?)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship)

Tienes usted la custodia de este niño?  SI  NO  
(Do you have legal custody of the child?)

## 6. Seguro Dental Primario (Dental insurance)

Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
(Insurance name)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Address of insurance company)

Num. Telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Phone number)

Num. de Poliza \_\_\_\_\_  
(Policy number)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
(Policy owner's name)

Parentesco \_\_\_\_\_  
(Relationship)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
(Date of birth)

Patrono \_\_\_\_\_  
(Policy owner's employer)

## 7. Seguro Dental Secundario

(Secondary dental insurance)

Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
(Insurance name)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Address)

Num. Telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Phone number)

Num. de Poliza \_\_\_\_\_  
(Policy number)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
(Policy owner's name)

Parentesco \_\_\_\_\_  
(Relationship)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
(Date of birth)

Patrono \_\_\_\_\_  
(Policy owner's employer)

continua al dorso

9 Historia Salud (Health History)

8. Historia Dental (dental history)

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista? (Why is the child here today?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes hábitos?  
(Does the child have the following habits?)

- S  N Se chupa el dedo / los dedos  S  N Se come las uñas  
(Suck thumb/fingers) (Bite finger nails)
- S  N Se chupa / se muerde los labios  S  N Usa Biberon  
(Bite their lip) (Use a bottle)

Ha tenido problemas el (la) niño (a) con tratamiento dental?  
(Problems with previous dental work?)  SI  NO

Si a tenido explique \_\_\_\_\_  
(If yes, then please explain)

Tiene la agua de el (la) niño (a) fluoruro?  
(Is the child's water fluoridated?)  SI  NO

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos  
Con fluoruro? (Is child taking fluoride supplements?)  SI  NO

Hay dolor/sensibilidad  
En la quijada de el (la) niño (a) (TMJ / TMD)?  
(Is there pain or tenderness in the child's jaw?)  SI  NO

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario?  
(Does the child brush daily?)  SI  NO

Se limpia el niño los dientes con hilo dental  
diario? (Does the child floss daily?)  SI  NO

Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o  
superar las regulaciones de control de infeccion  
sugun el OSHA, el CDC, y el ADA.

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los  
siguientes problemas o condiciones medicas?  
(Does the child have any of the following conditions?)

- S  N Sangramiento Abnormal  S  N Alguna Incapacidad  
(Abnormal bleeding) (Handicapped/Disabilities)
- S  N Alergia a alguna Droga  S  N Problemas de los Oidos  
(Drug allergies) (Hearing impaired)
- S  N Ha sido Hospitalizado  S  N Soplo  
(Has been in the hospital) (Heart problem)
- S  N Ha tenido alguna Operacion  S  N Hemofilia  
(Any recent operations?) (Hemophilic)
- S  N Asma  S  N Hepatitis  
(Asthma) (Hepatitis)
- S  N Problemas del Hgado / Rinones  S  N SIDA ("HIV")  
(Problems w/ Liver/Kidneys) (HIV)
- S  N Defecto Congenito del Corazon  S  N Cancer  
(Congenital heart defect) (Cancer)
- S  N Convulsiones / Epilepsia  S  N Diabetes  
(Convulsions/Epilepsy) (Diabetes)
- S  N Embarazo  S  N Alergico (a) producto  
(Pregnant) Latex (Allergic to latex)
- S  N Fiebre Reumatica/ Escarlatina  S  N Tuberculosis (TB)  
(Rheumatic/Scarlet fever) (Tuberculosis)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido  
(Describe each of the child's medical problems)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que el niño(a) este tomando ahora  
(List of prescription medicine child is currently taking)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alérgico  
(List of prescription medicine child is allergic to)

Nombre del medico de familia \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
(Doctor's name) (Phone number)

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico?  
(Is child currently under the care of a doctor?)  SI  NO

Por favor, describa la salud fisica del niño (a)  
(Please describe physical health of the child)  
 Excelente (Excellent)  Normal  Pobre (Poor)

11. A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la  
oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma (Signature) \_\_\_\_\_ Fec (Date) \_\_\_\_\_

Relacion a Paciente \_\_\_\_\_  
(Relation to patient)

USO OFICIAL

I verbally reviewed the medical / dental information above with the  
parent / guardian and patient named herein.

Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Doctor's Comments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_