

Children's Dental Care

Pediatric Dentistry & Orthodontics



Patient Information

Patient/ Paciente _____ **Sex/Sexo:** M F **Age/Edad:** _____

Birthdate/Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Address/Domicilio: _____ **City/Ciudad** _____

State/Estado _____ **Zip /Código Postal** _____ **Home Phone/Teléfono:** (____) _____

Mother's Name/Nombre de Mama: _____ **Cell/Celular:** (____) _____

Father's Name/Nombre de Papa: _____ **Cell/Celular:** (____) _____

Parent or Guardian Responsible for Account/Pariente o persona responsable de esta cuenta:

Enter your email address to be on our newsletter list/ Le gustaría darnos su correo electronic:

Child resides with/ Nino Vive Con: _____

Referred By/ Quien los Recomendó: _____ **Phone No./Teléfono(____)** _____

Emergency Contact Information/ Contactos De Emergencia

Person's Name/En caso de Emergencia Notifique a: _____ **Relationship/Relación:** _____

Home phone/Numero de teléfono (____) _____ **Cell phone/Celular (____)** _____

Primary Insurance/Seguranza Primaria

Insured's Name/Nombre Del Asegurado: _____

Relationship/Relación: _____ **Birthdate/Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Soc. Sec. # /Numero de Seguro Social: _____ **Policy No./Numero de Póliza:** _____

Insurance Company/Nombre de Seguranza: _____ **Phone/Teléfono:(____)** _____

Insured's Employer/Trabajo de Pariente: _____

Occupation/Ocupación: _____

(Please continue on the back/ Por favor de continuar atrás)

Children's Dental Care

Pediatric Dentistry & Orthodontics



Dental History

Previous Dentist/Dentist regular: _____ Phone/Teléfono: (_____) _____

Date of last dental care/Fecha de la última visita dental: ____/____/____

How often does your child brush? /Cada cuando se cepilla? _____ Floss? /Hilo dental? _____

Does your child experience pain or discomfort in the jaw joint?/Algún dolor en la quijada Yes/Si No

Has your child ever experienced a mouth or chin injury?/Ha recibido algún golpe al la boca o barbilla Yes/Si No

Does your child have speech problems? /Tiene problemas para hablar? Yes/Si No

Has your child ever experienced an adverse reaction or in conjunction with a medical or dental procedure?/Reacciona de modo adverso o grotesca a consecuencia de una visita medica o dental traumatante? Yes/Si No

Child's habits affecting the mouth or teeth/Habitos que danan la boca o dientes:

Thumb sucking/Se chupa el dedo Nail biting/Se muerde las uñas Other:/Otro: _____

Medical History

Child's Pediatrician/Nombre de pediatra: _____ Phone No./Teléfono: (_____) _____

Are your child's immunizations current? /Están todas las vacunas al corriente? Yes/Si No

Has child been hospitalized? /Alguna vez a estado hospitalizado? Yes/Si No

If "yes", when and why? /Como fue y cuando? _____

List medications your child is taking/Liste medicamentos tomados diarios: _____

List drug allergies, if any/Liste alergias a medicinas _____

Does child have health problems? /Tiene problema medico? Yes/Si No

Has your child had any history of the following/Marque historia del paciente:

- | | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------|--|
| __ ADHD | __ Autism/Autismo | __ Hearing/Oidos | __ Bleeding Disorders/Hemorragias |
| __ Asthma/Asma | __ Heart/Corazon | __ Chicken Pox/Viruela | __ Chronic Sinusitis/Sinusitis Crónica |
| __ Kidney/Riñones | __ Hepatitis | __ Epilepsy/Epilepcia | __ Convulsions/Convulsiones |
| __ Diabetes/Diabetis | __ Liver/Higado | __ Cerebral Palsy | __ Measles/Zarampion |
| __ Tuberculosis | __ Fainting/Desmayos | __ Anemia/Anemia | __ Heart Murmur/Soplos del Corazon |
| __ Lungs/Pulmones | __ Mumps/Paperas | __ Malignancy/Malignidad | __ Rheumatic Fever/Fiebre Rheumatica |
| __ Speech Problems | | | __ Cleft lip or Palate/Labio o paladar perforado |

Describe in details any of the above problems/ Describa en detalles cualquier de estos problemas que su hijo (a) padesca

I have reviewed the information on this questionnaire, and it is accurate to the best of my knowledge. I understand this information will be used by the dentist to help determine appropriate dental treatment. If there is any change in my child's medical status, I will inform the dentist. I authorize the dentist to release all information necessary to secure the payment of benefits. I understand that I am financially responsible for all charges not paid by insurance. He revisado y entendí el cuestionario contestándolo correctamente para determinar el tratamiento dental apropiado para mi hijo(a) de acuerdo a el historial médico, y doy autorización para usar esta información para que el proveedor Dane Hoang, DDS, MS & Associates, sea recompensada y acepto cualquier cargo que la azeguranza niege.

Signature/Firma _____ Relationship to Patient/Relación al Paciente _____

Date/Fecha ____/____/____