



## About Your Child

Child's name \_\_\_\_\_

Nickname \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_ pM pF

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Whom may we thank for referring you? \_\_\_\_\_

Name of family members seen by our office \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is this your first visit to a dentist? \_\_\_\_\_

Name of former dentist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Welcome Aboard!

## Father

Father's full name \_\_\_\_\_

Address (if different) \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ zip \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

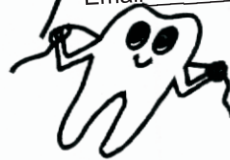
Work Phone \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_

Driver's License No. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_



## Mother

Mother's full name \_\_\_\_\_

Address (if different) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Home phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

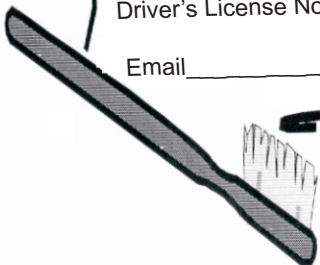
Work phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cell phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_

Driver's License No. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_



## Dental Insurance

Insurance Company \_\_\_\_\_

Employee \_\_\_\_\_

Emp. Date of Birth \_\_\_\_\_

Group No. \_\_\_\_\_

Emp. Social Security No. \_\_\_\_\_

Insurance Company \_\_\_\_\_

Employee \_\_\_\_\_

Emp. Date of Birth \_\_\_\_\_

Group No. \_\_\_\_\_

Emp. Social Security No. \_\_\_\_\_





# Release Signature

I understand the above information is necessary to provide me with dental care in a safe and efficient manner. I have answered all questions truthfully and to the best of my knowledge.

### CONSENT

The undersigned hereby authorizes Doctor to take X-rays, study models, photographs, or any other diagnostic as deemed appropriate by Doctor to make a thorough diagnosis of the patient's dental needs. I also authorize Doctor to perform any and all forms of treatment, medication and therapy, that may be indicated in connection with (name of patient) \_\_\_\_\_ and further authorize and consent that Doctor choose and employ such assistance as deemed fit. I also understand the use of anesthetic agents embodies a certain risk. I understand that responsibility for payment for Dental Services provided in this office for my dependents is mine, due and payable at the time services are rendered unless financial arrangements have been made. I further understand that a 1½% finance charge (18% annually) will be added to any balance over 60 days. In the event of default I (we) promise to pay legal interest on the indebtedness, together with such collection costs and reasonable attorney fees as may be required to effect collection of this note.

Patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_

Parent or Responsible Party \_\_\_\_\_

Relations to Patient \_\_\_\_\_



# Behavior Pattern

Any past injury to your child's teeth or jaws? (Falls, blows, chips, etc.)  
\_\_\_\_\_

- Habits of:  Thumb sucking  Lip sucking  Nail biting  
 Finger sucking  Pacifier  Mouth breathing

Any unfavorable reaction from medical or dental care?  
\_\_\_\_\_

How do you think your child will act toward the dentist?  
\_\_\_\_\_

Age of child when discontinued bottle? \_\_\_\_\_

Is toothbrushing supervised? \_\_\_\_\_ Floss used? \_\_\_\_\_

Does your child receive:

- Fluoride in vitamins  Fluoride in toothpaste  
 Fluoridated water  Fluoride tablets/drops

Other concerns? \_\_\_\_\_

# Who is Accompanying the Child Today?

Name \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_

Do you have legal custody of this child?  Yes  No

Is the child adopted?  Yes  No

Is the child in a foster home?  Yes  No

Parent's Marital Status

- Single  Widowed  
 Married  Divorced  Separated

# EMERGENCY

Contact name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Home phone ( ) \_\_\_\_\_

Work phone ( ) \_\_\_\_\_

Cell phone ( ) \_\_\_\_\_





## Datos Del Niño

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ pV pH

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Recomendado por? \_\_\_\_\_

Familiares visto en nuestra oficina? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es su primer visita al dentista? \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista anterior \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Bien Venidos

## PaDre

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cellular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_



## MaDre

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

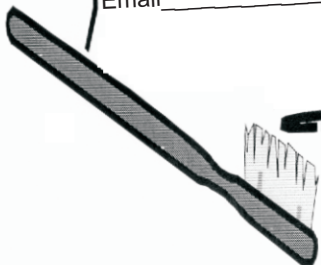
Telefono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cellular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_



## Seguro Dental

Compañía de Seguro Principal \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Numero de seguro social \_\_\_\_\_

Compañía de seguro secundaria \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_





# Consentimiento

Entiendo que la informacion arriba es necesaria para que el cuidado dental se me pueda provéer de manera eficiente y con seguridad. Se han contestado todas las preguntas de manera veraz segun lo mejor de mi conomiento.

### CONSENTIMIENTO:

El suscrito por éste medio autoriza al Médico que lleve acabo rayos-X, modelos de estudio, fotografias, o cuaquier otro ayuda diagnóstica considerada apropiada por el Médico para efectuar un diagnosis detallado de las necesidades dentales del paciente. Además doy autorización para que el Médico lleve acabo caulesquier y toda clase de tratamenetos, medicamentos, y terapia que puedan ser indicados en conección con (nombre del Paciente

y en lo adicional autoriza y doy debido consentimiento al Médico para que elija y emplee la ayuda que considere más adecuada. Entiendo también que el uso the agentes anesteticos envuelve cierto riesgo. Entiendo tambien que la responsabilidad de pagos debidos por Servicios Dentales proveidos de parte de esta oficina tanto para mis dependientes como para mi son adeudados al tiempo cuando tales servicios han sido rendidos al menos que arreglos financieros se hayan llevado acabo. En lo adicional entiendo que uninterés del 1½% (18% anual) se sumará a cualesquier saldo restante que sobrepase 60 dias. En el caso de incumplimiento de pago yo (nosotros) prometemos pagar intereses legales sobre la deuda, junto con gastos de coleccion y gastos razonables de abogado como debidamente se requiera para efectuar la coleccion de este cobro.

Padre o Parte Responsable \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# ComPortAmiento del Niño/a

Ha sufrido su niño algún accidente en los dientes ó en la mandíbula? (caídas, golpes, fracturas, etc.) \_\_\_\_\_

- Malos hábitos:  Se chupa el dedo  Se chupa el labio  
 Se come las uñas  Biberón  Chupón  
 Respira por la boca

Ha tenido alguna reacción secundaria durante un tratamiento dental ó médico? \_\_\_\_\_

Como piensa que su niño se comportara con el dentista? \_\_\_\_\_

A que edad dejó su niño el biberón? \_\_\_\_\_

Supervisa ud el cepillo dental de su niño? \_\_ usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Toma floruro su niño:

- En vitaminas  en la pasta dental  
 Gotas ó tabletas de floruro  Agua fluorada

Información adicional? \_\_\_\_\_

# EmERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_



Cellular \_\_\_\_\_

# Quien Acompaña El Niño/a Hoy?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Tiene Custodia Legal del niño/a?  Si  No

Adoptado/a tiene Custodia Legal?  Si  No

Vive El niño/a en una casa de hogar?  Si  No

Estado Matrimonial de los padres?

- Soltero/a  Viudo/a  
 Casado/a  Divorciado/a  Separado/a

