

About Your Child

Child's name _____

Nickname _____

Age _____ Date of birth _____ M F

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 (_____) _____

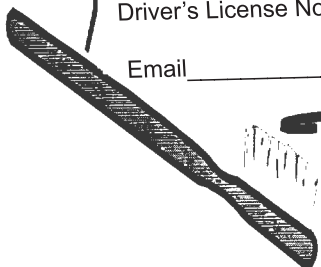
Work phone (_____) _____

Cell phone (_____) _____

Employer _____

Driver's License No. _____

Email _____



Step Parents

Stepfather's name _____

Cell Phone _____

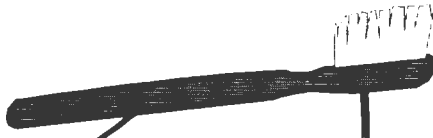
Work Phone _____

Stepmother's name _____

Cell Phone _____

Work Phone _____





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 _____



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 foster home? Yes No

Parent's Marital Status
 Single Widowed
 Married Divorced Separated

If you are separated or divorced:

What percentage of the time does the child live with his mother? _____ %

What percentage of the time does the child live with his father? _____ %

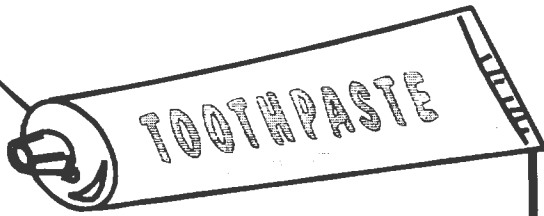
Dental Insurance

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. _____

EmERgEncY

Contact name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip _____
Home phone () _____
Work phone () _____
Cell phone () _____





Datos Del Niño

Nombre del niño _____

Apodo _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ V H

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Recomendado por? _____

Familiares visto en nuestra oficina? _____

Es su primer visita al dentista? _____

Nombre de su dentista anterior _____

Bienvenidos

PaDre

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Telefono de casa (____) _____

Telefono de trabajo (____) _____

Cellular _____

Empleador _____

Email _____



MaDre

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

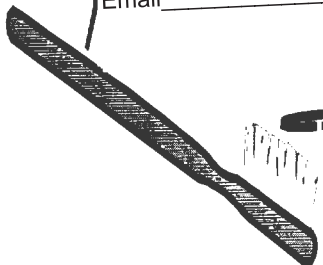
Telefono de casa (____) _____

Telefono de trabajo (____) _____

Cellular _____

Empleador _____

Email _____



Padrastrros

Nombre del padrastro _____

Teléfono móvil _____

Teléfono del trabajo _____

Nombre de la madrastra _____

Teléfono móvil _____

Teléfono del trabajo _____





Consentimiento

Entiendo que la informacion arriba es necesaria para que el cuidado dental se me pueda prov eer 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, medicamientos, 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 uninter es del 1 1/2% (18% anual) se sumar a 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 colecion y gastos razonables de abogado como debidamente se requiera para efectuar la colección 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 mandibula? (caidas, golpes, fracturas, etc.) _____

- Malos hábitos: Se chupa el dedo Se chupa el labio
 Se come las uñas Biberón Chup on
 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 fluoruro su niño:

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

Información adicional? _____

EmERGENCIA

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de casa () _____

Teléfono de trabajo () _____

Cellular _____



Seguro Dental

Compañia de Seguro Principal _____

Empleado _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de Grupo _____

Numero de seguro social _____

Compañia de seguro secundaria _____

Empleado _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de Grupo _____

Número de Seguro Social _____

