

"A Child's Smile is Priceless"



PATIENT REGISTRATION

PATIENT INFORMATION

Name: _____
First Name *Last Name* *Initial*

Address: _____ Apt: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Home Phone: _____

Cell Phone: _____ **Email:** _____

Date of Birth: _____ SSN: _____

Sex: Male Female Date of Birth: _____ Student: Full Time Part Time

Primary Doctor/Pediatrician: _____ Phone number: _____

Whom may we thank for referring you? _____

Emergency Contact: _____ Relationship: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work: _____

RESPONSIBLE PARTY

Name: _____ Date of Birth _____

Relation to Patient: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Cell/Home Phone: _____ Email: _____

Marital Status: Married Single Divorced Separated Widowed

INSURANCE INFORMATION

Policy Holder: _____
First name *Last name* *Initial*

Address: _____ Apt: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Home Phone: _____

Date of Birth: _____ SSN/ID: _____

Employer: _____

INS Co. _____ Ins. #: _____

ADDITIONAL INSURANCE

Is patient covered by additional insurance? Yes No

Policy Holder: _____
First name *Last name* *Initial*

Address: _____ Apt: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Home Phone: _____

Date of Birth: _____ SSN/ID: _____

Employer: _____

Ins. Co. _____ Insurance phone number: _____

"A Child's Smile is Priceless"

Tooth Pediatric DENTISTRY

MEDICAL HISTORY

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Have you (the parent/guardian) or the parent had any of the following diseases or problems?..... Yes No

1. Active tuberculosis 2. Persistent cough greater than a three week duration? 3. Cough that produces blood?

If you answer yes to any of the three items above, please stop and return this form to the receptionist.

Has the child had any of the following medical conditions?

- | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Thyroid |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> Immunizations | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Tobacco/Drug Use |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Chicken Pox | <input type="checkbox"/> Growth Problems | <input type="checkbox"/> Kidney | <input type="checkbox"/> Pregnancy (teens) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis | <input type="checkbox"/> Hearing | <input type="checkbox"/> Latex Allergy | <input type="checkbox"/> Rheumatic fever | <input type="checkbox"/> Venereal Disease |
| <input type="checkbox"/> Bones/Joints | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Heart | <input type="checkbox"/> Liver | <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorders | <input type="checkbox"/> Ear Aches | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Sickle cell | |

Does the child have any of the following habits?

- Lip Sucking/Biting Nail Biting Nursing Bottle Habits Thumb Finger Sucking Clenching/Grinding Teeth

Child's History

1. Is the child allergic to any medications, i.e. penicillin, antibiotics, or other drugs? If yes please explain below: Yes No

2. Is the child allergic to anything else, such as certain foods? If yes, please explain below: Yes No

3. Has the child ever had a serious illness? If yes, please describe below: Yes No

4. Has the child ever hospitalized? Yes No
5. Is the child being treated for any illness? If yes, please list below Yes No

6. Is this the child's first visit to the dentist? Yes No
7. Has the child ever had any problems with dental treatment in the past? Yes No
8. Has the child ever suffered any injuries to the mouth, head or teeth? Yes No
9. Does child participate in active recreational activities? Yes No

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

"A Child's Smile is Priceless"



Registracion de Paciente

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____
Primer *Apellido* *Inicial*

Dirreccion: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono casa/celular: _____

Correo electronico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social _____

Sexo: Masculino Femenino

Nombre de pediatra: _____ Numero de telefono: _____

A quién agradecemos por la remision? _____

Contacto de emergencia?: _____ Relación : _____

Numero de telefono casa/celular: _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion al paciente: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono casa/celular: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Asegurado: _____
Primer *Apellido* *Inicial*

Dirreccion: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Empleador: _____

Nombre de la Compania de Aseguranzas: _____

Numero de Telefono de Aseguranzas: _____

SEGURO ADICIONAL?

El Paciente tiene seguro adicional? Si No

Nombre del Asegurado: _____
Primer *Apellido* *Inicial*

Dirreccion _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN/ID: _____

Numero de telephone casa/celular: _____

Empleador: _____

Nombre de la Compania de Aseguranzas: _____

Numero de Telefono de Aseguranzas: _____

"A Child's Smile is Priceless"

Tooth Pediatric DENTISTRY

HISTORIA MEDICA

Nobre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Ha tenido usted o el paciente alguno de los siguientes enfermedades o problemas?..... Si No

1. Tuberculosis 2. Tos frecuente por mas de tres semanas? 3. Tos que produce sangre?

Si ha tenido algunos de los estos problemas, Alto! Por favor regrese esta forma a la recepcionista.

¿El niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

- | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Desmayos/Vertigo | <input type="checkbox"/> Inmunización | <input type="checkbox"/> Mumps/paperas | <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco/drogas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescentes) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis | <input type="checkbox"/> Oír | <input type="checkbox"/> Alergia al Latex | <input type="checkbox"/> fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Huesos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Corazon | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas
Sangrante | <input type="checkbox"/> Dolor de Oidos | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Sickle cell | |

Su nino/a tiene alguno de estos habitos?

- Morder/chupar el labio Morder las uñas Hábito de biberón Chupar los dedos rechina de dientes

Historia del nino/a

1. ¿Es su hijo/a alergico a algun medicatmento? penicilina, antibioticos, o otras drogas? Si?, Explique: Si No

2. ¿Es su hijo/a alergico a algunas otras cosas?, ciertos alimentos? Si? Explique: Si No

3. ¿Alguna vez su hijo tuvo una enfermedad grave? Si?, Explique _____ : Si No
4. ¿Alguna vez su hijo/a ha sido hospitalizado? Si No
5. ¿Su hijo/a está siendo tratado por alguna enfermedad? Si, Explique: Si No

6. ¿Es esta la primera visita del niño/a al dentista? Si No
7. ¿Alguna vez el niño/a ha tenido algún problema con tratamiento dental en el pasado? Si No
8. ¿Alguna vez el niño ha sufrido alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes? Si No
9. ¿Su hijo participa en actividades recreativas? Si No

Firma Padre/Guardian _____ **Fecha** _____