



Children's Dental Center

New Patient Information/Información de Paciente Nuevo

OFFICE USE: Patient ID _____

Preferred Language/Idioma preferida: ☐ English ☐ Español ☐ Mixteco Other: _____ Date/Fecha de hoy: _____

Patient Information/Información del paciente

First Name/Nombre: _____ Middle/Segundo nombre: _____ Last/Apellido: _____

Preferred name/Nombre preferido: _____ Birthdate/Fecha de nacimiento: _____

Age/Edad: _____ Gender/Sexo: ☐ M/Hombre ☐ F/Mujer School/Escuela: _____

Mailing Address/Domicilio: _____ City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip _____

/ Código: _____

Person Responsible for Patient/Persona responsable del paciente

Name/Nombre: _____ Relationship to Patient/Relación al paciente: _____

Email/Correo electrónico: _____

Mailing Address/Domicilio: _____ City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip _____

/ Código: _____

Home Phone/Tel. de casa: _____ Cell/Tel. cel: _____ Work Phone/Tel. trabajo: _____

Emergency Contact/Contacto de emergencia

Name/Nombre: _____ Relationship to Patient/Relación al paciente: _____

☐ Home Phone/Tel. domicilio ☐ Cell/Tel. cel ☐ Work/Tel. trabajo (Select one/Elige uno): _____

Dental Insurance/Seguro dental

Primary Insurance/Seguro primario: _____ Group No./Numero del grupo: _____

Insured Name/Nombre del asegurado: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Relation to Patient/Relación con el paciente: _____ Employer/Empleador del asegurado: _____

Secondary Insurance/Seguro secundario: _____ Group No./Numero del grupo: _____

Insured Name/Nombre del asegurado: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Relation to Patient/Relación con el paciente: _____ Employer/Empleador del asegurado: _____

Patient Medical History/Historial médico del paciente

Child's Physician and Phone/Nombre y teléfono del medico del niño/a: _____

Date of Last Physical Exam/Fecha del ultimo examen físico: _____

Is child currently receiving medical care?/¿Está recibiendo tratamiento medico?: ☐ Yes ☐ No

Explain/Explica: _____

Currently taking medications?/¿Está tomando medicamento?: ☐ Yes ☐ No

List/Lista: _____

Has your child been hospitalized?/¿Su hijo/a ha estado hospitalizado?: _____ Yes _____ No When?/¿Cuándo?: _____

Reason?/¿Razón?: _____

Medical Conditions/Enfermedades**Does Child Have (please circle Yes or No)/El paciente tiene (marque Yes/Sí o No):**

Y N Abnormal Bleeding/Sangrado abnormal

Y N Hemophilia/Hemofilia

Y N ADHD/TDAH

Y N Hepatitis/Hepatitis

Y N Anemia/Anemia

Y N HIV Positive or AIDS/VIH positivo o sida

Y N Asthma/Asma

Y N Immune System Problem/Problemas del sistema inmunológico

Y N Autism/Autismo

Y N Kidney Problems/Problemas renales

Y N Behavioral Problems/Problemas de comportamiento

Y N Learning Disability/Trastorno de aprendizaje

Y N Blood Transfusion/Transfusión de sangre

Y N Liver Disease/Enfermedad hepática

Y N Bronchitis/Bronquitis

Y N Lupus/Lupus

Y N Cancer/Cáncer

Y N Neurological Disease/Enfermedad neurológica

Y N Diabetes/Diabetes

Y N Persistent cough/Tos persistente

Y N Down Syndrome/Síndrome de Down

Y N Pregnant/Embarazada

Y N Epilepsy or Seizures/Epilepsia o convulsiones

Y N Rheumatic Fever/Fiebre reumática

Y N Headaches/Dolor de cabeza

Y N Seasonal Allergies/Alergias estacionales

Y N Heart Defect/Defecto cardíaco

Y N Thyroid Problems/Problemas de la tiroides

Y N Heart Murmur/Soplo de corazón

Y N Tuberculosis/Tuberculosis

Y N Heart Surgery/Cirugía de corazón

Y N Smoking or Vaping/Fumar o cigarrillos electrónicos

Does your child have any other medical condition or problem not listed above that the doctor should know?/¿Tiene alguna enfermedad o problema su hijo/a que debería de saber los doctors? _____

Has your child had an allergic reaction to any of the following?/¿Tiene alergias su hijo/a a las siguientes?

Y N Penicillin/Penicilina

Y N Amoxicillin/Amoxilina

Y N Iodine/Yodo

Y N Erythromycin/Eritromicina

Y N Aspirin/Aspirina

Y N Sulfa/Sulfa

Y N Nickel/Níquel

Y N Dental Anesthetics/Anestésicos dentales

Y N Latex/Látex

Y N Tetracycline/Tetraciclina

List any other allergies to food, medications, or drugs/Escribe alergias a otras comidas or medicinas: _____

Dental History/Historial dental

Date of Last Dental Visit/Fecha de la última visita dental: _____ Dentist Name/Nombre del dentista: _____

Y N Do you have any concerns about your child's dental health?/¿Tiene alguna preocupación sobre la salud dental de su hijo/a?

Y N Is your child in pain?/¿Tiene dolor en los dientes su hijo/a?

Y N Has your child had any difficult problems with previous dental work?/¿Su hijo/a ha tenido problemas con tratamiento dental?

Explain/Explica: _____

Your child's current dental health is/La salud dental de su hijo/a es: ____ Good/Excelente ____ Fair/Buena ____ Poor/Pobre

Number of times your child's teeth are brushed every day/Veces al día que se cepilla los dientes su hijo/a: ____1 ____2 ____3

How often is dental floss used?/¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental?: ____ Daily/Diario ____ Weekly/Semanal ____ Seldom/Aveces ____ Never/Nunca

Does an adult help the child brush their teeth?/¿Le ayuda un adulto a cepillar los dientes?: Y N Brush/Cepillar los dientes Y N Floss/Hilo dental

Y N Does your child receive fluoride daily/Recibe fluoruro diario su hijo/a: ____ Tablets/Pastillas ____ Drops/Gotas ____ Water/Agua

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre o Guardián Legal

Date/Fecha de Hoy

Reviewed by Tolosa Dental Provider

Dentist Signature

Print Last Name

Date

January/Enero 2024