



DENTISTRY FOR CHILDREN
Dr. Culberson R. Boren, DDS, PA

PATIENT INFORMATION
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Child's Name : _____ **Child's Soc. Sec #:** _____
Nombre del Niño Número de Seguro Social del niño

Prefers to be called: _____ **Age:** _____ **Date of Birth:** _____ **Sex:** M F
Prefiere ser llamado Edad Fecha de nacimiento Sexo

Person Financially Responsible: _____ **Relationship To Child:** _____
Persona responsable financieramente Relación con el niño

How did you hear about our office? Internet TV Community Event Family Member Friend Doctor Other _____
¿Cómo se enteró de nuestra oficina? Internet TV Evento de la Comunidad miembro de la Familia Amigo Doctor Otro

Whom may we thank for referring you? _____
A quien podemos agradecer por su referencia?

PARENT / LEGAL GUARDIAN INFORMATION
INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FATHER / Legal Guardian PADRE / Tutor Legal	MOTHER / Legal Guardian Madre / Tutor Legal
Name: _____ Nombre	Name: _____ Nombre
Address: _____ dirección	Address: _____ dirección
City, State, Zip: _____ Ciudad, estado, código postal	City, State, Zip: _____ Ciudad, estado, código postal
Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Número de teléfono de casa Número de teléfono celular	Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Número de teléfono de casa Número de teléfono celular
E-Mail: _____ dirección de correo electrónico	E-Mail: _____ dirección de correo electrónico
Soc. Sec #: _____ Date of Birth: _____ número de seguro social fecha de nacimiento	Soc. Sec #: _____ Date of Birth: _____ número de seguro social fecha de nacimiento
Employer: _____ lugar de trabajo	Employer: _____ lugar de trabajo
Does this person have insurance on the child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene seguro en el niño? Sí No	Does this person have insurance on the child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene seguro en el niño? Sí No
If yes, name of Insurance Company: _____ En caso afirmativo, el nombre de la compañía de seguros	If yes, name of Insurance Company: _____ En caso afirmativo, el nombre de la compañía de seguros
Does this person live in the child's home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona vive en el hogar del niño? Sí No	Does this person live in the child's home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona vive en el hogar del niño? Sí No

ADDITIONAL INFORMATION
INFORMACIÓN ADICIONAL

Child's Pediatrician: _____ **Phone:** _____
Pediatra del niño número de teléfono

Previous Dentist: _____ **Date of last visit:** _____
dentista anterior Fecha de la última visita

What other immediate family members have we seen (example: siblings of the patient)? _____
¿Qué otros miembros de su familia inmediata que hemos visto (ejemplo: hermanos del paciente)?

I have been introduced to or met: Dr. Boren Dr. Le Dr. Ming Dr. Rice I have not met any of the dentists at Dentistry for Children
He sido introducidos a, o conocido: No he conocido a ninguno de los dentistas

Nearest relatives not listed above:
Los familiares más cercanos no mencionados anteriormente:

Name: _____ Nombre	Relationship to child: _____ Relación con el niño:	Phone: _____ número telefónico
Name: _____ Nombre	Relationship to child: _____ Relación con el niño:	Phone: _____ número telefónico

MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MÉDICO

Has the child had any history of, or conditions related to, any of the following:

El niño ha tenido un historial de, o condiciones relacionadas con él, algo de lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia / anemia		Diabetes / diabetes		HIV/AIDS / VIH/SIDA		Asthma / asma		Kidney / riñón	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregnant? / ¿Embarazada?		Epilepsy / epilepsia		Tuberculosis / tuberculosis		Rheumatic Fever / fiebre reumática		Speech Problems / problemas del habla	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fainting / desmayo		Latex Allergy / alergia al látex		Seizures / convulsiones		Tobacco/Drug Use? / tabaco/consumo de drogas?		Mononucleosis / mononucleosis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer / cáncer		Hearing / audición		Liver / hígado		Heart / corazón		Hepatitis / hepatitis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sickle Cell / de células falciformes		Cerebral Palsy / parálisis cerebral		Measles/Mumps / sarampión / paperas		Cleft Lip or Palate / labio leporino o paladar hendido		Bleeding Disorders / trastornos de la coagulación	

1. Is the child taking any prescription and/or over the counter medications or vitamin supplements at this time? Yes No
 ¿Está el niño tomando cualquier prescripción y / o medicamentos de venta libre o suplementos vitamínicos en este momento?

If yes, please list the name, dosage and frequency of each (En caso afirmativo, indique el nombre, la dosis y la frecuencia de cada uno): _____

2. Is the child allergic to any medications? If yes, please list: 2.
 Es el niño alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, indique:

3. Is the child allergic to anything else such as foods, dyes, latex? If yes, please list: 3.
 Es el niño alérgico a cualquier otra cosa, como los alimentos, a colorantes, látex? En caso afirmativo, indique:

4. Has the child ever had a serious illness? If yes, please explain: 4.
 Ha tenido el niño alguna enfermedad grave? En caso afirmativo, por favor explique:

5. Has the child ever been hospitalized? If yes, please explain: 5.
 Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? En caso afirmativo, por favor explique:

6. Has the child ever had surgery or been put to sleep? If yes, please list any problems with general anesthesia: 6.
 ¿El niño ha tenido una cirugía o ha sido puesto a dormir? En caso afirmativo, indique algún problema con la anestesia general:

7. Is the child currently under the care of any special care doctors (heart, neuro, gastro, etc.)? If yes, please provide the Doctor's name, 7.
specialty, and contact phone number: _____
 ¿Está el niño bajo el cuidado de los médicos de atención especial (corazón, neurológico, gastrointestinal, etc)? En caso afirmativo, indique el nombre del doctor, de la especialidad, y el número de teléfono de contacto:

8. Is the child physically, mentally or emotionally impaired? If yes, please explain: 8.
 ¿El niño es físicamente, mental o emocionalmente deteriorada? En caso afirmativo, por favor explique:

9. Does the child experience excessive bleeding when cut? / ¿Tiene el niño experiencia sangrado excesivo cuando se corta? 9.

DENTAL HISTORY / HISTORIA DENTAL

Yes No

10. Is this the child's first visit to the dentist? / ¿Es esta la primera visita del niño al odontólogo? 10.

11. Has the child had any problems with dental treatment in the past? If yes, please describe: 11.
 ¿Ha tenido algún problema con el tratamiento dental en el pasado? En caso afirmativo, por favor describa:

12. Has the child ever had any injuries to the mouth, head or teeth? If yes, please describe: 12.
 Ha tenido el niño alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes? En caso afirmativo, por favor describa:

13. Has the child ever had a local anesthetic (numbing medicine)? 13.
 Ha tenido el niño alguna vez un anestésico local (medicamento para adormecer)?

14. Has your child ever had a bad/unfavorable dental experience? If yes, please explain: 14.
 ¿Su niño ha tenido una mala experiencia dental / desfavorable? En caso afirmativo, por favor explique:

15. Does your child have a toothache, oral pain, or any other dental complaints? If yes, please explain: 15.
 ¿Su hijo tiene un dolor en la boca dolor de muelas, o cualquier otra queja dentales? En caso afirmativo, por favor explique:

16. Please list any mouth habits (thumb sucking, mouth breathing, etc.): _____
 Por favor, indique sus hábitos bucales (chuparse el dedo, respiración bucal, etc):

17. What is the reason for today's dental visit? ¿Cuál es la razón de la visita dental de hoy? _____

Please list any other dental/medical problems, dental/medical concerns, and provide any other information you think may be important in the care of your child / Por favor escriba cualquier otro problema dental / médica, preocupaciones dentales / médicos, y proporcionar cualquier otra información que usted piensa que puede ser importante en el cuidado de su hijo: _____

I certify that I have read and understand the above and that any questions I had while filling out this form have been answered to my satisfaction. I will not hold the dentists or any other member of the staff at Dentistry for Children responsible for any action they take or do not take because of errors or omissions that I may have made in the completion of this form. / Certifico que he leído y entendido lo anterior y que las preguntas mientras que yo había llenado este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No voy a responsabilizar a los dentistas o cualquier otro miembro del personal de Odontología para Niños responsables de las medidas que adopten o no tienen por errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.

PRINTED NAME OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN / IMPRIMA EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL

SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE

DATE / FECHA