

WELCOME ABOARD!

ABOUT YOUR CHILD

Child's Name _____

Nickname _____

Age _____

School _____

Reason for visit _____

Referred to this office by (we wish to thank them.) _____

Medical History

Child's physician _____

Physician's phone _____

Date last saw physician (month/year) _____

1. Is your child presently under the care of a physician for any medical problem?

☐ Y ☐ N What? _____

2. Is your child currently taking any medication?

☐ Y ☐ N What? _____

3. Has your child ever been hospitalized or had surgery?

☐ Y ☐ N For what? _____

4. Is your child allergic to any food or medicine?

☐ Y ☐ N What? _____

Has your child had history of? (CHECK IF YES)

- ☐ Heart trouble or murmurs
- ☐ Rheumatic fever
- ☐ Allergies
- ☐ Drug sensitivities
- ☐ Asthma
- ☐ Diabetes
- ☐ Kidney/liver involvement
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Hepatitis

- ☐ Headaches
- ☐ Brain injury
- ☐ Seizures/convulsions
- ☐ Epilepsy
- ☐ Bleeding problems
- ☐ Blood disorders
- ☐ HIV positive/AIDS
- ☐ Learning disorders
- ☐ NONE

Is there anything else regarding your child's physical, mental or EMOTIONAL health that you feel we should know? ☐ Y ☐ N What? _____

Our ship is a friendly one! We try to make every child's visit a pleasant and educational experience. Our mission is to help guide your child to a lifetime of great smiles by working together with you in teaching good home care habits and the very latest concepts in preventive care.

We take pride in our office sterilization and infection control program which will always meet or exceed mandated regulatory standards.

DENTAL HISTORY

Child's first dental visit? ☐ Y ☐ N

Previous dentist _____

City _____

Date of last visit _____

Any injury to your child's teeth or jaws? (falls, blows, chips, etc.) ☐ Y ☐ N

History of?

☐ Finger sucking

☐ Thumb sucking

☐ Nail biting

☐ Lip sucking

☐ Pacifier

Has your child experienced any unfavorable reaction from previous medical or dental care? ☐ Y ☐ N

Explain _____

How do you think your child will behave toward the dentist? _____

Age of child when discontinued bottle or nursing. _____

Name of family dentist _____

City _____

PREVENTIVE DENTAL HISTORY

How often does child brush? _____

Is toothbrushing supervised? ☐ Y ☐ N

By whom? _____

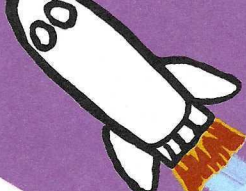
When? _____

Is dental floss used? ☐ Y ☐ N

Does your child receive (Check)

- ☐ Fluoride in vitamins
- ☐ Fluoridated water
- ☐ City water

- ☐ Fluoride tablets/drops
- ☐ Bottled water
- ☐ None of the above



CHILD

Residence address (street) _____

City _____

Zip _____

Phone _____

FATHER

Father's full name _____

Soc. sec. no. _____

Birth date _____

Address if different _____

Occupation _____

Employed by _____

Business address (street) _____

City _____

Zip _____

Phone _____

Name of dental insurance co. _____

Group no. _____

Employee no. _____

Cell phone _____

E-Mail address _____

SMILE AND THE UNIVERSE
WILL SMILE WITH YOU!



FINANCIAL STUFF

If the family is not living together, the parent bringing the child in is responsible for the child's account.

I hereby authorize Dr. Betsy Kaplan, Dr. Cathy Chien and/or their associates to perform any and all dental treatment for my above-named child and consent to acceptable methods and pharmacological agents necessary to complete his/her dental care. This consent shall remain in effect until canceled.

Signature _____

Relationship to child _____

Date _____

PLEASE NOTE: Payment is expected for service rendered at the time of the first visit, financial arrangement for subsequent treatment may be made following the diagnosis. Thank you.

A fee may be assessed for missed appointments unless the office is notified 24 hours before appointment.

MOTHER

Mother's full name _____

Soc. sec. no. _____

Birth date _____

Address if different _____

Occupation _____

Employed by _____

Business address (street) _____

City _____

Zip _____

Phone _____

Name of dental insurance co. _____

Group no. _____

Employee no. _____

Cell phone _____

E-Mail address _____

We are proud of our patients.. and have lots of fun here! With your permission we would love to share that fun by adding your child's photo on our social media page. For your privacy we will not add your child's name.

I give Children's Dental Group permission to display my child's photo.

X _____

BROTHERS & SISTERS

First names of the child's brothers & sisters and their ages: _____

Has any member of your family been a patient in this office before? ☐ Y ☐ N If yes, name _____

Name and address of closest relative or friend & phone no. _____

Thank you for completing this form. Your answers will be of great value in aiding us to a better understanding of your child. Please feel free to ask if you or your child have any special concerns or questions.

Bienvenido a bordo!

Acerca de su niño o niña

Nombre del niño/niña

Sobrenombre

Edad

☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento

Año escolar

Escuela

Razón de su visita

Referidos a nuestro consultorio por...
(Queremos darles las gracias)

Historia Médica

Médico de su hijo/a

Ciudad

Fecha de su última consulta (mes/año)

1. ¿Esta su hijo/a bajo cuidado de algún médico por cualquier condición médica?

☐ Sí ☐ No Explique...

2. ¿Esta su hijo/a tomando actualmente algún medicamento?

☐ Sí ☐ No Explique...

3. ¿A estado hospitalizado su hijo/a o operado alguna vez?

☐ Sí ☐ No Explique...

4. ¿Sufre de alergia a comida o medicamento su hijo/a?

☐ Sí ☐ No Explique...

¿Tiene historia su hijo/a de los siguientes...?
(marque todos los correspondientes)

- ☐ Problemas del corazón
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Alergias
- ☐ Sensibilidad a drogas
- ☐ Asma
- ☐ Diabetes
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Hepatitis
- ☐ Involucramiento de riñón o hígado

- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Lesiones del cerebro
- ☐ Ataques o convulsiones
- ☐ Epilepsia
- ☐ Desordenes de sangre
- ☐ Desangramientos
- ☐ VIH positivo/SIDA
- ☐ Problemas de aprendizaje
- ☐ Ninguno

¿Hay algo más en referencia a la salud física, mental o EMOCIONAL que quiere dejar saber?

☐ Sí ☐ No Explique...

Nuestra nave es amistosa. Es nuestra intención hacer de cada visita una experiencia placentera y educativa. Nuestra misión es ayudarle a guiar a su hijo a una vida llena de grandiosas sonrisas, trabajando juntos a ustedes en enseñarles buenos hábitos de cuidado en casa y los últimos más recientes conceptos en cuidado preventivo.

Tomamos orgullo en nuestro programa de esterilización y control de infección en práctica de nuestra oficina el cual siempre llegara o sobrepasara las normas reglamentarias mandadas.

Historial Dental

¿Es esta la primera visita dental de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

Dentista previo

Ciudad

Fecha de última visita

¿Alguna lesión a los dientes o mandíbulas?
(caídas, golpes, fracturas) ☐ Sí ☐ No

¿Historia de?

☐ Chuparse el labio

☐ Morder las uñas

☐ Chupón

☐ Chuparse los dedos

☐ Chuparse el pulgar

¿Ha tenido una reacción desfavorable su hijo/a sobre una experiencia médica o dental?
Explique... ☐ Sí ☐ No

Edad en que dejo de amamantar o usar biberón su hijo/a

¿Cómo cree será la reacción de su hijo/a hacia el dentista?

Nombre de Su dentista familiar

Ciudad

HISTORIA DENTAL PREVENTIVA

¿Qué tan seguido se cepilla su hijo/a los dientes?

¿Es supervisado el cepillado de dientes? ☐ Sí ☐ No

¿Por quién?

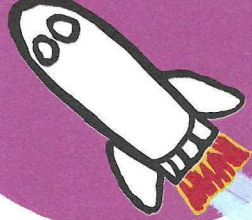
¿Cada Cuando?

¿Utilizan el hilo dental? ☐ Sí ☐ No

Recibe su hijo/a lo siguiente? (marque si aplica)

- ☐ Vitaminas con fluoruro
- ☐ Agua con fluoruro
- ☐ Agua de Ciudad

- ☐ Fluoruro en tabletas o gotas
- ☐ Agua embotellada
- ☐ Ninguno



niño/a

Domicilio (calle y numero)

Ciudad

Código postal

Numero
Telefonico

SONRÍE Y EL UNIVERSO
SONREIRÁ CONTIGO



Padre

Nombre completo de Papá

Número de
seguro social

Fecha de
nacimiento

Domicilio (si es diferente)

Oficio

Numero de celular

Empleado por...

Dirección de empleo (calle)

Ciudad

Código
postal

Número
Teléfono

Nombre de
seguro dental

Numero
de grupo

Numero de
póliza

Numero de
licencia de manejo

Correo electrónico

Información financiera

En el caso que la familia no viva junta, el Padre que traiga al paciente es responsable de la cuenta.

Yo, presentemente, autorizo a los Doctores, Betsy Kaplan, Lynn Wan, Ahsan Raza, Eunha Cho, Catherine Chien, y/o a sus asociados de emplear cualquier y todo tratamiento a mi hijo/a, anteriormente mencionado y doy consentimiento a los métodos, las drogas y otros agentes conforme y sean indicados en conexión con el cuidado dental de él o ella. Este consentimiento se mantendrá en efecto hasta no ser cancelado.

Firma

Parentesco al paciente

Fecha

Tenga en cuenta: Se espera el pago a los servicios rendidos al tiempo de su primera visita. Arreglos financieros del tratamiento subsecuente se puede coordinar después de el diagnóstico. Gracias.

Puede cargarse cargos por citas no asistidas al menos que notifique a nuestra oficina con 24 horas de anticipación.

Madre

Nombre completo de Mamá

Número de
seguro social

Fecha de
nacimiento

Domicilio (si es diferente)

Oficio

Numero de celular

Empleado por...

Dirección de empleo (calle)

Ciudad

Código
postal

Número
Teléfono

Nombre de
seguro dental

Numero
de grupo

Numero de
póliza

Numero de
licencia de manejo

Correo electrónico

Tenemos mucho orgullo de nuestros pacientes... y tenemos un montón de diversión aquí. Con permiso suyo, nos gustaría compartir esa diversión al agregar la foto de su hijo/a en nuestra página de medio social. Para su privacidad no agregaremos los nombres de los niños.

Le doy permiso a Childrens Dental Group de mostrar la foto de mi hijo/a.

X

hermanos y hermanas

Primer nombre y edad de hermanos/as

¿Ha sido paciente de nuestra oficina algún miembro de su familia? Si ☐ No ☐ ¿Quién?

Nombre, domicilio y número telefónico de un familiar o amigo cercano.

Gracias por completar esta forma.
Sus respuestas nos serán de gran valor,
nos ayudan a entender mejor a su hijo/a.
Siéntanse libres de hacer preguntas
si existe cualquier consideración en especial.