

# Bienvenido

## Dental Smiles for Kids

**Astoria Office**  
Phone: 718-278-1700

**Centereach Office**  
Phone: 631-585-6600

**North Babylon Office**  
Phone: 631-893-7000

**Riverhead Office**  
Phone: 631-727-8585

**Ronkonkoma Office**  
Phone: 631-451-7700

**Whitestone Office**  
Phone: 718-746-1230

El pariente que acompaña el (la) niño (a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado por otro convenio.

### 1. Información de el (la) Niño (a) (child's information)

Nombre \_\_\_\_\_  
(Name) apellido (last) nombre (first) inicial (initial)

Apodo \_\_\_\_\_  Niño  Niña  
(Nickname) (boy) (girl)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
(Date of birth) (Age)

Tel. Casa # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Home number)

SS # \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_  
APT. # \_\_\_\_\_

Ciudad (City) Estado (State) Postal (Zip)

### 2. Persona Responsable por la Cuenta (person responsible for bill)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Address)

Ciudad (City) Estado (State) Postal (Zip)

Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_  
(Home #) (Work #)

### 3. Información de la Madre madrastra tutor (Mother's information) (step mother) (guardian)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Name) (Date of birth)

Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_  
(Work #) (Home #)

Patrona \_\_\_\_\_  
(Employer)

SS # \_\_\_\_\_ DL # \_\_\_\_\_

### 4. Información del Padre padrastro tutor (Father's information) (step father) (guardian)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Name) (Date of birth)

Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_  
(Work #) (Home #)

Patron \_\_\_\_\_  
(Employer)

SS # \_\_\_\_\_ DL # \_\_\_\_\_

Estado civil de sus padres  soltero (single)  viudo (widowed)  
 casado (married)  divorciado (divorced)  
 separado (separated)

### 5. Quien Acompaña el (la) niño (a)? (Who is accompanying the child today?)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship)

Tienes usted la custodia de este niño?  SI  NO  
(Do you have legal custody of the child?)

### 6. Seguro Dental Primario (Dental insurance)

Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
(Insurance name)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Address of insurance company)

Num. Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Phone number)

Num. de Poliza \_\_\_\_\_  
(Policy number)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
(Policy owner's name)

Parentesco \_\_\_\_\_  
(Relationship)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
(Date of birth)

Patrono \_\_\_\_\_  
(Policy owner's employer)

### 7. Seguro Dental Secundario (Secondary dental insurance)

Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
(Insurance name)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Address)

Num. Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Phone number)

Num. de Poliza \_\_\_\_\_  
(Policy number)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
(Policy owner's name)

Parentesco \_\_\_\_\_  
(Relationship)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
(Date of birth)

Patrono \_\_\_\_\_  
(Policy owner's employer)

continúa al dorso

# Dental Smiles 4 Kids

Ronkonkoma Office | 631-451-7700

Whitestone Office | 718-746-1230

Astoria Office | 718-278-1700

## 8. Historia Dental (dental history)

¿Por que viene el (la) niño (a) hoy al dentista? (Why is the child here today?)

---

---

Tiene el (la) niño (a) alguno de los siguientes hábitos?  
(Does the child have the following habits?)

**S N** Se chupa el dedo / los dedos **S N** Se come las ungas  
(Suck thumb/fingers) (Bite finger nails)

**S N** Se chupa / se muerde los labios **S N** Usa Biberon  
(Bite their lip) (Use a bottle)

Ha tenido problemas el (la) niño (a) con tratamiento dental?  
(Problems with previous dental work?)  **SI**  **NO**

Si a tenido explique \_\_\_\_\_  
(If yes, then please explain)

Tiene la agua de el (la) niño (a) fluoruro?  
(Is the child's wáter fluoridated?)  **SI**  **NO**

Esta el (la) niño (a) tomando suplementos  
Con fluoruro? (Is child taking fluoride supplements?)  **SI**  **NO**

Hay dolor/sensibilidad  
En la quijada de el (la) niño (TMJ / TMD)?  
(Is there pain or tenderness in the child's jaw?)  **SI**  **NO**

Se cepilla los dientes el (la) niño (a) diario?  
(Does the child brush daily?)  **SI**  **NO**

Se limpia el niño los dientes con hilo dental  
diario? (Does the child floss daily?)  **SI**  **NO**

**Nuestra oficina esta comprometido a cumplir o  
superar las regulaciones de control de infeccion  
segun el OSHA, el CDC, y el ADA.**

## 9. Historia Salud (Health History)

¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes  
problemas o condiciones medicas?  
(Does the child have any of the following conditions?)

**S N** Sangramiento Abnormal **S N** Alguna Incapacidad  
(Abnormal bleeding) (Handicapped/Disabilities)

**S N** Alergia a alguna Droga **S N** Problemas de los Oidos  
(Drug allergies) (Hearing impaired)

**S N** Ha sido Hospitalizado **S N** Soplo  
(Has been in the hospital) (Heart problem)

**S N** Ha tenido alguna Operacion **S N** Hemofilia  
(Any recent operations?) (Hemophiliac)

**S N** Asma **S N** Hepatitis  
(Asthma) (Hepatitis)

**S N** Problemas del Hgado / Rinones **S N** SIDA ("HIV")  
(Problems w/ Liver/Kidneys) (HIV)

**S N** Defecto Congenito del Corazon **S N** Cancer  
(Congenital heart defect) (Cancer)

**S N** Convulsiones / Epilepsia **S N** Diabetes  
(Convulsions/Epilepsy) (Diabetes)

**S N** Embarazo **S N** Alergico (a) producto  
(Pregnant) Latex (Allergic to latex)

**S N** Fiebre Reumatica/ Escarlatina **S N** Tuberculosis (TB)  
(Rheumatic/Scarlet fever) (Tuberculosis)

Describe cualquier problema medico que este (a) niño (a) haya padecido  
(Describe each of the child's medical problems)

---

---

Enumere todos los medicamentos que el niño(a) este tomando ahora  
(List of prescription medicine child is currently taking)

---

---

Enumere todos los medicamentos a las cuales el(la) niño(a) es alérgico  
(List of prescription medicine child is allergic to)

---

---

Nombre del medico de familia \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
(Doctor's name) (Phone number)

¿Esta el(la) niño(a) actualmente bajo los cuidados de algun medico?  
(Is child currently under the care of a doctor?)  **SI**  **NO**

Por favor, describa la salud fisica del niño (a)  
(Please describe physical health of the child)  
 Excelente (Excellent)  Normal  Pobre (Poor)

11. A mi mejor entender, la informacion dada es correcta. Entiendo tambien que la misma es confidencial, y es mi responsabilidad informar a la oficina cambios en la salud del niño (a). Autorizo al personal de esta oficina a practicar los servicios dentales necesarios.

Firma (Signature)

Fec (Date)

Relacion a Paciente \_\_\_\_\_  
(Relation to patient)

## USO OFICIAL

I verbally reviewed the medical / dental information above with the  
parent / guardian and patient named herein.

Initals \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Doctor's Comments:

---

---

---

---