



# Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive

Specialist

Waco, TX 76710

P: 254-772-8330

F: 254-772-8496

**Aaron C. Blackwelder**

Board Certified Pediatric

**Tjel C. Olson DMD**

General Dentistry Limited to Children

## Hoja de información:

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento del

nino: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

NOMBRE

INICIAL

APPELLIDO

Teléfono Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del niño: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ **TEXT o EMAIL** confirmación?

Patient's Medicaid (*please circle*) MCNA/CHIPS, DENTAQUEST/CHIPS, TRADITIONAL ID # \_\_\_\_\_

Otros hermanos atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Quién acompaña al niño hoy?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Estado civil de los padre (*please circle*) Solteros, Casados, Viudos, Divorciados, Saporados

### Información de Padre: (*please circle*) Padre, Padrastro, Guardián

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento de usted: \_\_\_\_\_

Tel. Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ #de Seguro Social \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Patrón: \_\_\_\_\_

### Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguros# \_\_\_\_\_

Número de grupo# \_\_\_\_\_

### Información de Madre: (*please circle*) Madre, Madrastra, Guardián

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento de usted: \_\_\_\_\_

Tel. Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ #de Seguro Social \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Patron: \_\_\_\_\_

### Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguros# \_\_\_\_\_

Numero de grupo# \_\_\_\_\_



# Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive

Specialist

Waco, TX 76710

P: 254-772-8330

F: 254-772-8496

**Aaron C. Blackwelder**

Board Certified Pediatric

**Tjel C. Olson DMD**

General Dentistry Limited to Children

## Pariente o amigo que no viva con Ud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

A quién debemos agradecerle que lo refiriera?

\_\_\_\_\_

Dentista anterior/Presente: \_\_\_\_\_ Última visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por qué trajo al niño al dentista hoy?

\_\_\_\_\_

Actualmente tiene dolor el niño? **SI** or **NO**

Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? **SI** or **NO**

Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? **SI** or **NO**

Médico del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor, describa la salud física de su hijo: (circle one) **Buena, Regular, Pobre**

Lista de medicamentos que está tomando actualmente el niño:

\_\_\_\_\_

Lista de las drogas y las cosas que el niño es alérgico a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Por favor círculo si esto se aplica) **LÁTEX, METALES, PLÁSTICOS, O ROJO TINTE**

**Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?**

ADD/ADHD Si or No  
**No**

Hospitalización/Operaciones? Si or No

Huesos/Coyunturas/Válvulas artificiales Si or No

Asma El niño tiene alguna(s) de las siguientes experiencias?  
Si or No

Cáncer Si or No

Defecto congénito del corazón Alimentado pecho Si or No  
No

Convulsiones Si or No  
Mordisquear objetos Si or No  
No

*~Serving the Children of Central Texas~*

Rechinar los dientes

**Si or No**

Morderse los labios

**Si or No**



# Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive

Specialist

Waco, TX 76710

P: 254-772-8330

F: 254-772-8496

**Aaron C. Blackwelder**

Board Certified Pediatric

**Tjel C. Olson DMD**

General Dentistry Limited to Children

Diabetes	<b>Si or No</b>	
Epilepsia	<b>Si or No</b>	
Discapacitación/Minusvalía		<b>Si or No</b>
Problemas de audición	<b>Si or No</b>	
Soplo del corazón	<b>Si or No</b>	
Alta presión		<b>Si or No</b>
Ronchas	<b>Si or No</b>	
Problemas con los riñones		<b>Si or No</b>
Prolapsia de la válvula mitral		<b>Si or No</b>
Fiebre reumática	<b>Si or No</b>	
Tuberculosis		<b>Si or No</b>

Por favor discutir cualquier problema médico grave que el niño tiene: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina cumple con las normas HIPPA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

**Firma del padre or guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_