



Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive
Waco, TX 76710
P: 254-772-8330
F: 254-772-8496

Aaron C. Blackwelder DDS
Board Certified Pediatric Dental Specialist
Mark C. Coons, DDS
Board Certified Pediatric Dental Specialist
Tjel C. Olson DMD
General Dentistry Limited to Children

Hoja de información:

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____ fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____
NOMBRE INICIAL APELLIDO

Teléfono Casa: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Email: _____ **TEXT o EMAIL** confirmación?

Medicaid de Paciente (*por favor marque*) 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: _____ Empleador: _____

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: _____ Empleador: _____

Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros# _____

Numero de grupo# _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(____) _____

A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Dentista anterior/Presente: _____ Última visita: _____



Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive
Waco, TX 76710
P: 254-772-8330
F: 254-772-8496

Aaron C. Blackwelder DDS
Board Certified Pediatric Dental Specialist
Mark C. Coons, DDS
Board Certified Pediatric Dental Specialist
Tjel C. Olson DMD
General Dentistry Limited to Children

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 tenido el niño/a alguno de los siguientes problemas?

ADD/ADHD	Si or No	El niño tiene/ha tenido alguna(s) se las siguientes hábitos?	
Hospitalización/Operaciones?	Si or No	Alimentado pecho	Si or No
Huesos/Coyunturas/Válvulas artificiales	Si or No	Mordisquear objetos	Si or No
Asma	Si or No	Rechinar los dientes	Si or No
Cáncer	Si or No	Morderse los labios	Si or No
Defecto congénito del corazón	Si or No	Respirar por la boca	Si or No
Convulsiones	Si or No	Morderse las uñas	Si or No
Diabetes	Si or No	Tomar en botella	Si or No
Epilepsia	Si or No	Problemas de hablar	Si or No
Discapacitación/Minusvalía	Si or No	Chuparse/ morderse los labios	Si or No
Problemas de audición	Si or No	Usar Chupón	Si or No
Soplo del corazón	Si or No		
Alta presión	Si or No		
Ronchas	Si or No		
Problemas con los riñones	Si or No		
Prolapsia de la válvula mitral	Si or No		
Fiebre reumática	Si or No		
Tuberculosis	Si or No		

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:** _____

wacokidsdental.com

~Serving the Children of Central Texas~